FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

# THESE

APRESENTADA Á

## Faculdade de Medicina da Bahia

EM 31 DE OUTUBRO DE 1903

PARA SER DEFENDIDA POR

ADOLPHO BRASIL VIANNA

(Natural do Estado do Rio Grande do Sul — Porto-Alegre)

Ex-interno de clinica psiquiatrica e de molestias nervosas

AFIM DE OBTER O GRÁO

DE

Doutor em Sciencias Medico-Cirurgicas

**DISSERTAÇÃO**

CADEIRA DE CLINICA GINECOLOGICA E OBSTETRICA

## Neuro-arthritismo em ginecologia (Esclerose Uterina)

PROPOSIÇÕES

*Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de Sciencias Medico-Cirurgicas*

BAHIA

TYPOGRAPHIA BAHIANA, DE CINCINNATO MELCHIADES

25 — Rua d'Alfandega — 25

MDCCCCIII

# Faculdade de Medicina da Bahia

DIRECTOR—Dr. Alfredo Britto

Vice-Director—Dr. Alexandre E. de Castro Cerqueira

**LENTES CATHEDRATICOS**

| Os Illms: Srs. Drs. | Materias que leccionam: |
| --- | --- |
| José Olympio de Azevedo . . . | Quimica medica |
| José Rodrigues da Costa Doria . | Historia natural medica |
| Antonio Victorio de Araujo Falcão | Materia medica, Farmacologia, e Arte de formular |
| José Carneiro de Campos . . . | Anatomia descritiva |
| Carlos Freitas . . . . . . . | Anatomia medico-cirurgica |
| Antonio Pacifico Pereira . . . | Histologia |
| Manoel José de Araujo. . . . | Fisiologia |
| Guilherme Pereira Rebello. . . | Anatomia e Fisiologia pathologicas |
| Augusto Cezar Vianna . . . . | Bacteriologia |
| Deocleciano Ramos . . . . . | Obstetricia |
| Braz H. do Amaral . . . . . | Pathologia cirurgica |
| Fortunato A. da Silva Junior . . | Operações e apparelhos |
| José Eduardo F. de Carvalho Filho. | Therapeutica |
| . . . . . . . . . . . . . . | Higiene |
| Raymundo Nina Rodrigues. . . | Medicina legal e Toxicologia |
| Alfredo Britto . . . . . . . | Clinica propedeutica |
| Antonio Pacheco Mendes . . . | Clinica cirurgica—1.ª cadeira |
| Ignacio M. A. Gouveia . . . . | Clinica cirurgica—2.ª » |
| Anisio Circundes de Carvalho. . | Pathologia medica |
| Francisco Braulio Pereira . . . | Clinica medica—2.ª » |
| Climerio Cardozo de Oliveira . . | Clinica obstetrica e ginecologica |
| Frederico de Castro Rebello . . | Clinica pediatrica |
| Francisco dos Santos Pereira . . | Clinica oftalmologica |
| Alexandre E. de C. Cerqueira. . | Clinica dermatologica e sifiligrafica |
| João Tillemont Fontes . . . . | Clinica psiquiatrica e de molestias nervosas |
| Aurelio R. Vianna . . . . . . | Clinica medica—1ª cadeira |
| Luiz Anselmo da Fonseca . . . | Em disponibilidade |
| João E. de Castro Cerqueira. . . | Em disponibilidade |
| Sebastião Cardozo . . . . . . | Em disponibilidade |

**LENTES SUBSTITUTOS**

| Os Drs. | Sec. | Os Drs. | Sec. |
| --- | --- | --- | --- |
| ........................ | 1ª Sec. | Pedro L. Carrascosa...... | 7ª Sec. |
| Gonçalo Moniz S. de Aragão | 2ª „ | José Adeodato de Souza.. | 8ª „ |
| Pedro Luiz Celestino...... | 3ª „ | Alfredo F. de Magalhães. | 9ª „ |
| Josino Corrêa Cotias...... | 4ª „ | Clodoaldo de Andrade .... | 10ª „ |
| ........................ | 5ª „ | Carlos Ferreira Santos.... | 11ª „ |
| João A. Garcez Fróes..... | 6ª „ | ........................ | 12ª „ |

Secretario—Dr. Menandro dos Reis Meirelles

Sub-Secretario—Dr. Matheus Vaz de Oliveira

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

# DISSERTAÇÃO

Cadeira de clinica ginecologica e obstetrica

## Neuro-arthritismo em ginecologia

(ESCLEROSE UTERINA)

# Antelóquio explicativo

> **Beaucoup même des engorgements de la matrice qu'on regarde comme inflammatoires ne possédent rien d'inflammatoire dans le sens précis du mot. Ce sont des désordres de la nutrition comme on en voit se former dans d'autres organes à la suite d'une hyperémie veineuse de longue durée.**
>
> **(Scanzoni.)**

No cáos das affecções uterinas que não entram nem na classe das posições viciosas, nem no extenso grupo dos neoplasmas, tem-se isolado e descrito alguns tipos exactos de metrite, isto é, de inflammações do utero.

Pouco e pouco, procura-se reunir e assimilar a estes tipos, uma longa serie de lesões uterinas discordantes, unicamente por serem caracterisadas por sintomas analogos: dôr, metrorragia, hipertrofia do cólo ou do corpo do utero.

O estudo attento e cuidadoso dos factos parece de-

monstrar o quanto têm ido além n'esta via prejudicial de generalisação simplificadora.

O espirito sente-se satisfeito quando, á primeira vista, compara a divisão excessiva, parcellar e confusa adoptada pelos autôres antigos e o quadro sinthetico que nos offerecem os modernos tratadistas de ginecologia.

O exame, porém, reflectido e demorado dos livros mais categoricos e aferrados á téoria unitaria, vem re velar o que de convencional vae em taes estudos.

A doutrina exhibe-se sedutôra e bella. A infecção é a fonte de todas as perturbações uterinas, infecção de origem puerperal ou blenorragica; infecção sanguinea ou de genese intestinal.

As differentes feições sintomaticas nas variadas fórmas de metrite, repousam simplesmente na especie, na localisação, na marcha do agente infectuoso.

Aqui a metrite mucosa, catarral se attinge ás glan dulas, hemorragica se crêa fungosidades; lá a metrite parenquimâtosa do corpo, do cólo ou do orgão inteiro.

Nada mais simples! Nada mais filosoficamente acceitavel!

Quando, porém, em acurado esmerilhar, nos detemos ao pé d'esta affirmação absoluta, resaem as contradicções, na multiplice disparidade da observação clinica.

Ora, é a constatação de um estado infectuoso agudo

que falta, ora, o agente, ora, as lesões histologicas peculiares á infecção, por demais pesquisadas e não evidenciadas.

A generalisação demasiadamente prematura, tem por unico alicerce a aligeirada observação de sintomas, a simples constatação do sindroma uterino. E' preciso escrupulisar mais, agir com mais probidade scientifica, na expressão de Richelot, deixar mesmo n'uma classe isolada a serie de affecções uterinas dissemilhantes rubricadas de metrite.

Devemos procurar dissociar as entidades morbidas ainda confusas e não emmaranhar aquillo que a analise pathogenica já desbastou e discriminou.

Para fazer d'uma perturbação uterina indeterminada uma metrite, uma verdadeira flegmasia do utero, é preciso determinar o logar, o momento, o modo de infecção, a presença e natureza do agente morbifico, as lesões de natureza infectuosa; por emquanto, a affecção que não preencher alguns d'estes quesitos, não deve ser averbada no capitulo das metrites.

Em consciencioso, imparcial e mirifico estudo estampado no tratado de cirurgia de Reclus, Pierre Delbet, no particular das metrites, aventa ideas que muito conspiram na demonstração de nosso modo de vêr.

Depois de, com louvavel isenção de animo, referir-

se ás constatações anatomo-pathologicas e bacteriologicas feitas em uteros attingidos de metrite, sem procurar dissimular os factos avessos á téoria microbiana, vê-se forçado a confessar que muitos pontos permanecem obscuros e confusos, quando queremos restringir a pathogenia das lesões uterinas unicamente á infecção.

« Poder-se-á inferir, diz elle, que as alterações pathologicas não neoplasicas da mucosa uterina possam se produzir fóra de toda influencia bacteriana, e, em tal condição, sejam devidas a perturbações nutritivas de ordem vascular ou nervosa ?

«Isto parece muito possivel, attentado que estas alterações são encontradas d'uma maneira constante nos casos de cancro, de fibromiomas, e que são determinadas por molestias não infecciosas dos ovarios.

«Em favor d'esta hipothese vem se additar o facto, bem demonstrado hoje, de que certos alongamentos hipertroficos do cólo, considerados como resultado da metrite parenquimâtosa, tendo por consequencia uma origem inflammatoria, retrocedem pelo simples endireitamento do utero ».

Taes reflexões surgindo, por assim dizer, espontaneamente do estudo dos factos, no espirito de um partidario da doutrina infectuosa das molestias uterinas, legitimam, se não implicam de algum modo, uma tendencia dissidente.

Delbet nos aponta qual o caminho a seguir; constata que n'estas pseudo-metrites encontram-se as mesmas lesões que no fibroma, no cancro, nas lesões não septicas dos ovarios; fala das perturbações vasculares e nervosas, por fim nota o facto, de grande monta e relevancia, da coincidencia d'esses estados morbidos com a hipertrofia do cólo e os desvios uterinos.

Não presidirá a todas estas perturbações uma mesma causa geral?

Procurar esta causa, conglobar em um mesmo sistema estes factos proximos, refractarios á téoria microbiana, tem sido n'estes ultimos tempos objecto de notaveis e bem fundamentados trabalhos, dos quaes foi esta inope these tirar a inspiração d'ella.

E' nosso intento, na angusta raia de nossas forças, distinguir essas lesões uterinas das que individualisam as verdadeiras flegmasias, unificar as condições etiologicas das affecções em que as encontramos, esboçar o quadro sinthetico de seus aspectos clinicos, patentear, emfim, o élo intimo que parece prendel-as á uma distrofia geral.

## CAPITULO I

### Etio - pathogenia

O ESTUDO da esclerose uterina não estava ao alcance dos ginecologos antigos, carentes de noções micrograficas precisas.

Não nos devem, portanto, admirar as confusões patentes em seus trabalhos, onde lesões differentes, oriundas de causas dissemilhantes, são englobadamente descritas.

Aquelles que no começo do seculo precedente em taes assuntos se detiveram, descreveram em capitulos distintos, em que é de admirar a verdade clinica, a congestão, o engorgitamento e a inflammação do utero.

Os admiraveis ensinamentos de Pasteur lhes eram, ao completo, desconhecidos.

Hoje a doutrina da infecção tudo simplificou; um unico tipo nosologico—a metrite - abrange todas as perturbações uterinas.

Vão aqui encaminhados e apostados nossos esforços na evidenciação da autonomia de uma entidade

morbida—a esclerose uterina distrofica—provocada por um «temperamento morbido.»

Sob o ponto de vista etiologico, os doentes cuja sintomia emprehendemos, offerecem como caracter differencial das attingidas de verdadeiras metrites—a ausencia de infecção na genese de seus accidentes morbidos; além d'isto, apresentam sintomas communs que permittem, até certo ponto, presentir a natureza de sua affecção.

Successivamente examinaremos esse grande criterio differencial e os caracteres particulares.

Para precisar si realmente existe na origem das perturbações uterinas que visamos, uma infecção vulgar, blenorragica e sobretudo puerperal, bastar-nos-ia lançarmos as vistas para observações que, a pouco trecho, serão desbastadas no particular da sintomatologia da chamada metrite virginal.

Por analogia poderiamos assimilar a estes, outros casos; não queremos, entretanto, agir com levêsa de animo em nossas conclusões, deixaremos á margem essa categoria de doentes—a das virgens e mulheres estereis—talvez a mais exhuberantemente demonstrativa, e passaremos, em ligeiro escorço, ao estudo das mulheres já fecundadas.

Tomada por criterio a epoca da apparição das perturbações, bifurcam-se os casos:

1.° aquelles em que a mulher soffre antes de conceber;—2.° aquelles em que soffre antes e depois.

E' regra, hoje, quando surgem perturbações após um parto, haja, embora, decorrido longo tempo, attribuil-as á uma infecção puerperal, á mingua de contaminação mais proxima.

Afigura-se-nos de feição fallaz semelhante modo de racciocinar.

De facto, não basta encontrarmos nos antecedentes longiquos de uma doente, um ou mais partos, para concluirmos que dessa epoca data sua infecção; é preciso estabelecermos o élo de continuidade entre essa infecção e os accidentes, que della decorreram algum tempo depois.

Quando analisamos as observações apresentadas por Richelot, dois factos nos attrahem a attenção: o primeiro é que os partos não tiveram manifestações pathologicas, nem mesmo febris; o segundo é que os accidentes só eclodiram 10, 15, 25 annos depois do ultimo parto.

Ligar esses accidentes á uma infecção tão antiga, tão hipothetica, não nos parece razoavel; é, entretanto, o que fazem os autôres classicos, quando encaram as metrites hemorragicas e parenquimatosas, muitas das quaes são do legitimo dominio da esclerose uterina.

Por mais torpida que seja uma infecção puerperal, chega-se sempre, por meio de um interrogatorio atten-

to e bem orientado, a descobril-a: manifestações febris, loquios fetidos, ventre mais ou menos doloroso, corrimento consecutivo claramente denunciam-n'a.

E, quando ruidosamente apparece uma metrite, consequencia dessa infecção, a doente quási sempre lembra-se que, depois do parto, não mais gosou de um equilibrio genital perfeito, ao contrario, teve crises dolorosas que, por fugitivas, não deixaram de ser apreciaveis.

Em duas palavras, pode-se seguir a pista dessa infecção, desde a sua origem até a apparição dos fenómenos evidentes.

Quando o puerperio accentua soffrimentos já existentes, duas são as eventualidades possiveis, ou o trabalho fisiologico da gravidez e do parto veiu exagerar tendencias morbidas anteriores, ou uma infecção veiu se enxertar num terreno já defeituoso.

E' de razão attendermos a epoca em que taes accidentes se manifestam: é nos dois pólos da vida genital feminina, na idade, por assim dizer, de formação e na occasião da menopausa que vamos constatal-os.

Manifesta-se, pois, a esclerose uterina como molestia de evolução, pautada esta pelo evolver natural da actividade genital da mulher.

Solicitam egualmente nossa attenção os caracteres da menstruação, reveladores da tendencia congestiva

dessas doentes. São constantes as anomalias della; muitas vezes é dolorosa, estabelece-se difficilmente, a principio escassa, torna-se abundante e prolongada; a media de sua duração é de oito dias.

Emfim, essas doentes são quási sempre arthriticas-nervosas, não raro soffrem de enxaquecas, vertigens; dôres articulares ou nevralgicas fugazes, são irritaveis, muitas vezes têm dispepsia acida, dilatação do estomago.

Estas diversas perturbações podem subsistir á histerectomia vaginal: prova inconteste de que, na realidade, traduzem um conjunto de predisposições fisiologicas que existem independentes da lesão uterina, mas que parecem favoraveis a sua eclosão.

Em resumo, a esclerose uterina se manifesta fóra de qualquer infecção nas arthriticas nervosas, com tendencia congestiva, ou na epoca da *apparição das regras, ou na idade critica.*

Reçuma da observação ser a esclerose uterina, ás mais das vezes, funcção do arthritismo.

E' tarefa, por demais delicada e difficil, desenvolver esta conclusão; no estado actual das sciencias medicas não mais é permittido, em pathologia, como em qualquer outro ramo, atirar affirmações unicamente estribado nas impressões flutuantes da clinica e o arthritismo, tanta vez explorado, poderá parecer o manto destinado a esconder a fallacidade da téoria.

Exposto o que hoje se intende por arthritismo, procuraremos demonstrar que as doentes, por nós visadas, são arthriticas, que as lesões apresentadas são analogas, não só por sua natureza como por sua evolução, ás demais lesões visceraes do arthritismo.

Modernamente o termo arthritismo não corresponde mais á idéa que exprime, deveria elle significar o resultado da *arthritis* sobre a economia, e a entidade *arthritis* não é mais que uma lembrança do passado.

A expressão é, portanto, impropria, traz ao espirito sómente a confusão: é uma simples praxe conserval-a para indicar perturbações devidas á braditrofia, á uma nutrição viciada e retardante, fixada por Bouchard em nove caracteres fisiologicos.

Clinicamente esta distrofia se manifesta por uma serie de tendencias morbidas:

tendencia ás perturbações vasculares, ás congestões e ás hemorragias;

tendencia á hipertrofia, á proliferação e á esclerose dos tecidos normaes;

tendencia ás hipersecreções e aos catarros glandulares;

tendencia ao relaxamento do tecido fibroso;

tendencia ás nevralgias, á enxaqueca;

tendencia aos espasmos musculares.

Estas multiplas tendencias indicam que o arthritismo é uma perturbação geral, nervosa e vascular, cuja acção póde se estender a todos os orgãos, creando-lhes a hipertrofia e a esclerose, a hemorragia e a dôr.

O arthritismo é, como bem diz Charcot, a raiz da grande familia nevropatica, e não é fóra de proposito insistirmos no caracter irritavel de nossas doentes, nas perturbações mentaes que muitas vezes apresentam. As lesões arthriticas, no fundo, são verdadeiras lesões troficas.

Assim definido, em suas linhas geraes, o arthritismo, em que condições poder-se-á attribuir-lhe uma affecção visceral determinada ?

A esta pregunta respondem alguns autôres estabelecendo seis condições.

E' preciso :

1.º que se observe na doente algumas das tendencias morbidas proprias do arthritismo ;

2.º que a apparição das perturbações seja progressiva e sobrevenha fóra d'outra causa susceptivel de determinar ;

3.º que as lesões produzidas se apresentem sob a forma d'uma hipertrofia, d'uma esclerose, d'uma congestão, d'uma perturbação vascular sem a marcha tipica das lesões inflammatorias ;

4.º que não se propaguem por via limfatica ou mucosa, seja qual fôr a sua duração;

5.º que não se observem nos tecidos microbios pathogenos;

6.º que as lesões sejam susceptiveis de uma repressão natural sob uma influencia fisiologica.

Uma vez realisadas estas condições, póde-se legitimamente concluir tratar-se de uma lesão discrasica, e arthritica nos casos que estudamos.

As doentes cujas observações apresentamos, são evidentemente arthriticas por seu habito exterior, por seus antecedentes; suas desordens uterinas datam de longos annos, iniciaram-se mesmo na virgindade; suas lesões apparecem sob a forma d'uma multiplicação e d'uma dilatação dos vasos sanguineos, d'uma hipertrofia, e, ás vezes, d'uma neoformação da fibra muscular lisa do utero, d'um catarro glandular do cólo, sem infiltração leucocitaria, sem degeneração inflammatoria do epithelio da mucosa; estas lesões limitam-se ao utero, não chegam ás trompas nem aos ovarios; si estes são, ao mesmo tempo, atacados por um processo identico, é por simples simultaneidade e não por propagação; nesses uteros só encontramos os microbios saprofitas do cólo, as lesões pódem retroceder e mesmo desapparecer sem deixar vestigios. Estão, portanto, reunidos todos os caracteres sufficientes para

que consideremos taes lesões de origem puramente distrofica.

Nem sempre, porém, é tão nitida a situação: a apparencia geral da doente é exactamente a d'uma arthritica, mas anteriormente houve uma infecção que parece ter cessado, ou então, coexiste a esclerose com lesões francamente inflammatorias.

Aqui começa a difficuldade real da interpretação.

Que concluir em presença de taes factos?

E' o arthritismo ou a infecção o factor primordial na genese da affecção?

Eis-nos, por exemplo, em face de uma arthritica que soffre do utero, porém nem o toque, nem o especulo, nem o catheterismo nos fornecem base diagnostica, a etiologia nos indica que seus soffrimentos datam de uma infecção; as dôres são excessivas, não proporcionaes á lesão anatomica; o cólo lesado, o corpo do utero volumoso, doloroso; as metrorragias profusas que se produzem, não correspondem ao tipo commum de metrite do cólo, nem se explicam por lesões annexas, nem por fungosidades do endometro, que não existem.

Dever-se-á neste caso incriminar sómente a infecção antiga?

Dever-se-á, ao contrario, levar tudo á conta do arthritismo?

Em semelhantes circumstancias não devemos ser exclusivistas. Nesses casos a infecção veiu fazer eclodir as predisposições morbidas das doentes. Uma lesão minima do cólo, que passaria despercebida em muitas mulheres, determina uma congestão intensa, desperta uma susceptibilidade dolorosa insolita.

Ao arthritismo pertencem a congestão permanente, a hemorragia, as dores excessivas, os sinaes subjectivos e objectivos mais importantes; não se pode, no emtanto, dizer que a lesão observada é simplesmente arthritica.

Do que tudo se infere que, ao lado da esclerose uterina de origem distrofica, encontramos, numa visinhança muito proxima de simtomas, metrites vulgares das arthriticas nervosas, em que a localisação das perturbações arthriticas sobre o utero não é primitiva e isolada, mas provocada por uma infecção.

Esclerose uterina de origem arthritica e metrites vulgares das arthriticas nervosas, eis duas grandes classes, em que o papel do arthritismo parece estabelecido e delimitado.

São frequentes as lesões arthriticas nos uteros neoplasicos; amiude acompanham ou precedem a evolução dos neoplasmas uterinos ou mesmo annexiaes.

Que conclusão devemos tirar destes factos? Devemos dizer que o epithelioma não é mais que uma

manifestação mais acentuada da diathese arthritica e abandonar a hipothese tão provavel da origem microbial do cancro?

Não pensamos assim.

Entre o neoplasma e o arthritismo observamos uma coincidencia extremamente frequente, porém nada assinala um élo da causa e effeito.

O cancro, effectivamente, evolue como uma infecção a principio local, progressivamente vae se estendendo por via limfatica, caracter que o affasta das lesões arthriticas.

O arthritismo, poderá, no emtanto, preparar o terreno, modificando a estructura do orgão, diminuindo-lhe a vitalidade, predispondo-o ás proliferações cellulares, que constituem a essencia do neoplasma.

Por tal modo encaramos a relação entre o cancro e o arthritismo, achamos que é uma das eventualidades possiveis no curso das perturbações diathesicas que estudamos.

O arthritismo, na pathologia uterina, representa, pois, um papel de primeira ordem; certas lesões, taes como as da esclerose uterina, estão exclusiva e directamente sob sua dependencia; em grande numero de casos, elle regula a marcha da infecção, junta os seus simtomas aos della, modificando-lhe a feição, creando escleroses, que não surgiriam n'um organismo não preparado.

Podemos assim, facilmente, descobrir a razão das variantes e modalidades de dores pelvicas, tão communs nas doentes attingidas de metrites, modalidades que, muita vez, parecem desconcertantes e paradoxaes e escapam á qualquer interpretação anatomo-pathologica.

Terminando este exposto pathogenico succinto, squematico mesmo, devemos deixar bem claro que não negamos o papel primordial da infecção em algumas das nossas observações, em que ella despertou, digamos assim, tendencias adormecidas.

Outrosim, envidamos constituir uma nova entidade, baseada na noção distrofica.

## CAPITULO II

### Anatomia pathologica

No presente capitulo, parte indiscutivel do facto, procuraremos oppôr as lesões incontestavelmente infectuosas, verdadeiramente metriticas, ás da esclerose uterina; de tal modo ficaremos a coberto de, no destrinçar do assunto, termos escolhido unicamente casos favoraveis ao nosso modo de vêr, afastando outros.

Vão, portanto, aqui summariadas as lesões infectuosas seguidas das da esclerose uterina: do confronto d'ellas, d'este parallelo anatomico é nosso legitimo esforço tirar congruentes conclusões.

Na metrite puerperal aguda notamos lesões disseminadas na mucosa e no parenquima do utero: o orgão apresenta-se aumentado, amollecido, de côr carregada, semeado de pontos amarellos; os vasos são dilatados, a mucosa descamada.

Não raro acerta constatarem-se abcessos no parenquima; a limfangite pelvi-uterina, as adherencias e

collecções purulentas peritoneaes são de frequente encontradiça.

Em gráo menor vamos enfrentar com a mór parte destes sinaes na endometrite infectuosa cronica, descrita por Cornil e de Sméty.

Embora avolumado, só muito raramente o utero attinge á proporção do punho ; este aumento é devido não só ao espessamento das paredes como á dilatação da cavidade uterina.

A serosa peritoneal inflammada na superficie do utero apresenta membranas de neo-formação.

Os tecidos estão amollecidos, mais friaveis, a mucosa se dissocia pela raspagem.

As cavidades estão cheias dum liquido sanguinolento e puriforme.

O aspecto da cavidade uterina está modificado ; não apresenta mais a côr esbranquiçada e a superficie lisa do estado normal ; sua coloração é vermelha, ardosiada em alguns pontos, equimotica em outros ; está herissada de villosidades ou semeada de granulações, de fungosidades, cujo volume oscilla dês o de um feijão ao de uma framboesa, podendo em certos casos constituir verdadeiras massas poliposas.

As pregas da arvore da vida estão aumentadas e os ovos de Naboth proeminam no cólo e, por vezes, obliteram-no.

A mucosa cervical hipertrofiada forma ectropio no ostio externo do cólo.

Examinemos as modificações reveladas ao microscopio.

A mucosa espessada é constituida superficialmente por uma camada de tecido embrionario e profundamente por cellulas achatadas de tecido conjuntivo.

O epithelio cilindrico desapparece deixando vestigios apenas nas glandulas, que, ao em vez de estarem proximas umas das outras, são intercaladas por tecidos embrionarios e percorridas de vasos dilatados, que caminham em demanda da superficie da mucosa.

As glandulas embora conservando revestimento epithelial, apresentam seus canaes obliterados por âmas de cellulas redondas.

As vegetações da mucosa são formadas:

I—por tecido embrionario e constituem então verdadeiros botões carnosos com ilhotas de elementos degenerados, insensiveis á acção corrente dos reactivos;

II—pela hipertrofia de algumas glandulas dilatadas e flexuosas;

III—por tecido embrionario percorrido por numerosos vasos dilatados.

O corrimento é mucoso, si as vegetações são glandulares, purulento, si são carnosas e finalmente hemorragicos, si são vasculares.

O parenquima roseo ou avermelhado, de consistencia molle, apresenta abaixo da mucosa, na zona sub-glandular, trabeculas de tecido conjuntivo, que se prolongam de permeio ás fibras musculares.

A analise do tecido conjuntivo mostra a sua modificação: contém cellulas migradoras ou cellulas volumosas e tumefeitas do proprio tecido.

As cellulas migradoras formam grupos entre as fibras musculares, principalmente em torno dos vasos, que, assim como os espaços limfaticos, estão algumas vezes dilatados. Os feixes musculares de fibras lisas em principio intactos, depois se atrofiam.

Em summa, a infecção se revela no utero, como em qualquer outro orgão, por alterações cellulares que propendem á substituição dos elementos nobres—epitheliaes e glandulares—por tecido embrionario, ou conjuntivo de nova formação, devido á infiltração leucocitaria consideravel.

Passemos agora a examinar as lesões dos uteros attingidos de esclerose não inflammatoria.

Eis um assunto em que divergem as opiniões dos autôres, orientados por esta ou aquella concepção pathologica, dominante em seu espirito.

De inicio, abordemos o estudo das lesões do utero fibromatoso francamente differenciaveis das do utero metritico.

O corpo do utero é hipertrofiado, o peritoneo que o cobre liso e são, sem adherencias nem neo-membranas; a consistencia é variavel, ora duro, ora molle, dando por vezes a sensação da esponja. A cavidade uterina augmentada de volume, offerece uma côr esbranquiçada e uma superficie lisa; pelo corte verificamos o aumento de espessura da mucosa.

O parenquima é esbranquiçado, ás vezes de aspecto lacunar.

Histologicamente, segundo Wyder, Semb, Von Campes, Doléris, a *mucosa* é hipertrofiada d'um modo geral, as glandulas são muito numerosas, muito regulares, muito proximas uma das outras, com as cavidades um pouco dilatadas; são alongadas e penetram no tecido circumvizinho.

O epithelio das glandulas e do revestimento da mucosa são intactos e normaes; o tecido interglandular é composto de cellulas quadradas ou redondas, collocadas umas de encontro ás outras.

Nos pontos não compactos repousam sobre um reticulun finamente fibrillar.

Mais profundamente as cavidades glandulares penetram entre os elementos musculares. Poucos vasos, nenhum distendido, nem thrombosado.

Para o lado do parenquima: hiperplasia da musculatura uterina, facilmente constatavel pela abundancia de fibras-cellulas nucleadas novas.

Espessamento escleroso das paredes arteriaes, fachas de esclerose conjuntiva perivascular, ectasicas limfaticas originando lacunas donde resulta uma verdadeira infiltração, formação de um tecido lacunar.

Em resumo, as lesões são as da hiperplasia simples: não ha nem alterações epitheliaes, nem glandulares, nem elementos inflammatorios, nem infiltração periglandular, nem neoformação de vasos, nem dilatações. Pois bem, estas lesões do utero fibromatoso, tão diversas das da infecção uterina, vamos de novo encontrar, quási por completo, na analise do utero escleroso sem fibromas, para alguns autôres preso das chamadas metrites parenquimatosas, hemorragicas ou hipertroficas.

Macroscopicamente este utero póde apresentar dimensões variaveis, relacionadas, porém, por uma serie de caracteres identicos.

Ou ligeiramente aumentado de volume, ou do tamanho de um punho, pode attingir dimensões consideraveis, subir até o umbigo, medindo sua cavidade de 8 a 15 centimetros.

O exterior que, ou conserva a fórma do utero normal, ou torna-se globuloso, apresenta um aspecto regular e é forrado por um peritonêo liso e são.

A consistencia uterina varia; o cólo é sempre aumentado de volume, enorme em certos casos, muito consistente, quasi lenhoso, não offerece, porém, nem

ectropio da mucosa, nem ulceração, ainda mesmo quando a congestão é intensa. O aspecto da cavidade uterina é absolutamente normal: a mucosa conserva-se esbranquiçada, de superficie lisa, não se nota nem amollecimento, nem fungosidades, em algumas occasiões vêm-se pequenos pontos hemorragicos. Ao corte, a mucosa parece um pouco espessada e o parenquima que a forra, triplicado, quadruplicado em grossura tem aspectos variados: ou é branco azulado, consistente, quasi cartilaginoso, ringindo sob a tesoura ou escalpello, ou é branco amarellado, rompendo-se facilmente, embebido de succos, semelhando-se á esponja. Estas differenças muito frequentes e sensiveis são facilmente constataveis, quando se pratica a histerectomia vaginal pela esclerose uterina; as mesmas variantes são encontradas nos uteros fibromatosos.

Integridade apparente do peritoneo e da mucosa, espessamento e consistencia do parenquima uterino, eis ahi caracteres communs aos uteros esclerosos e aos fibromatosos.

De resto, muitas vezes vamos encontrar na espessura das paredes do utero escleroso, a semente, por assim dizer, do fibroma, representada por pequenos nodulos fibrosos. A analise histologica nos revela maiores e mais estreitas analogias.

O epithelio da mucosa é integralmente conservado e intacto.

Farta vez observa-se uma hiperplasia glandular mais ou menos acentuada, chegando em certos casos, na verdade raros, a suppor-se pelo exame rapido de um corte, a presença de um adenoma. Frequentemente as glandulas, alongadas e flexuosas, penetram um pouco no tecido cellular circumvizinho: as lesões da mucosa são perfeitamente identicas ás do utero fibromatoso. O tecido interglandular é normal, ás vezes um pouco hipertrofiado, porém não apresenta infiltração embrionaria alguma.

Nos casos em que predominam as metrorragias constata-se, como evidenciou Schmid em sua these, immediatamente abaixo do revestimento epithelial, grande numero de vasos embrionarios muito dilatados, tendo por parede uma unica camada de cellulas endotheliaes. Mais profundamente na mucosa, os vasos são inteiramente organisados e alguns apresentam um envolucro fibroso. O parenquima uterino, muito espessado, não apresenta histologicamente alteração alguma, quando o aumento de volume é pequeno; ou, então, é séde de uma hiperplasia, sobre cuja natureza não concordam os autores.

E' assim que Rokitauski e Kiwisch sustentam ser a hipertrofia devida ao tecido conjuntivo.

E' assim que Gallrd affirma que as fibras musculares são abafadas pela hipertrofia conjuntiva e que

Noggerath denomina metrite interstícial diffusa,—emquanto que Wirchow attribue a hipertrofia parietal do utero á hipertrofia do tecido muscular e descreve a metrite parenquimatosa com os miomas no mesmo capitulo de pathologia dos tumores, emquanto que Forster assevera que todos os elementes entram em jogo no processo hipertrofico, conservando suas reciprocas relações.

Do supradito se infere a existencia de duas tendencias: uma que vê na hipertrofia uterina a verdadeira esclerose, outra, a hiperplasia muscular.

Repousam ambas em exames histologicos praticados por histologistas bastante competentes para que nos abalancemos a rejeitar suas conclusões.

Afigura-se-nos mais consentaneo, no entanto, admittir um desenvolvimento variavel, segundo os casos, dos tecidos muscular e conjuntivo, do mesmo modo que no fibroma em que, ora domina o tecido fibroso, ora o conjuntivo, sem que por isso se surprehenda o observador.

Hipertrofia muscular, esclerose perivascular, alargamento dos espaços limfaticos, são as lesões encontradas, isoladas ou reunidas, em certos casos denominados de metrites parenquimatosas e observados com caracteres tambem variaveis nos uteros fibromatosos.

De caminho, diremos que de modo algum nega-

mos a existencia da *metrite* parenquimatosa, no justo avaliar do termo. Quando com a hipertrofia do parenquima coexiste uma metrite mucosa, precedida de accidentes infectuosos incontestaveis, nos parece tratar-se de facto essencialmente differente, e senão vejamos o resultado do exame histologico praticado por Pilliet em utero extrahido por Tillaux, por histerectomia vaginal secundaria, de uma mulher, anteriormente operada por Boully em consequencia de dupla salpingite.

Seguem-se exactamente transladadas as palavras de Pilliet:

«L'utérus volumineux, mais, d'une excessive friabilité, se laissait traverser par le doigt. Sur les coupes ou constate des lésions etendues à toute l'épaisseur du muscle et plus marquées à la partie supérieure du corps utérin.

«Les faisceaux musculaires sont atrophiés, dispersés et confondus; ils sont separés par de larges traiṅées de tissu conjonctif lâche, d'aspect muqueux, parsemés d'hémorrhagies interstitielles. Ce qui frappe le plus dans ces traînées, c'est la présence de capillaires sanguins extrêmement nombreux, présentant tous une telle prolifération de leur endothéliun qu'ils paraissent presque partout avoir un double ou même un triple revêtement de cellules. Par places, ils sont irregulièrement dilatés, présentent des bourgeons sail-

lants dans l'interieur de leur cavité, offrent tous les caracteres de l'angiome caverneux. Autour de ces points extasiés, existent des hémorrhagies diffuses dans le tissu conjonctif. Les artérioles sont atteintes d'endo-périartérite considérable ; les veine sont dilatés et épaisses. Il existe, dans toutes les coupes, des amas de cellules embryonaires, autour des artérioles. On trouve aussi quelques lymphatiques très dilatés ».

Lesões tão differentes das observadas nos casos em que as fibras musculares são irritadas ou hipertrofiadas, não podem ser collocadas n'uma mesma categoria ; são lesões manifestamente infectuosas.

Tal confronto nos propicia o estabelecimento do principio que —onde persiste ou prolifera a fibra muscular não ha infecção, que se traduz pela atrofia muscular, infiltração leucocitaria e proliferação vascular.

Seja como fôr, ao utero attingido de verdadeira metrite, com lesões mucosas, peritoneaes, parenquimatosas, caracterisadas por infiltração leucocitaria, podemos oppor uteros volumosos regulares, de paredes espessas, com revestimento peritoneal intacto, mucosa hipertrofiada, mas sã, cujas lesões parenquimatosas e mucosas muito se approximam das dos uteros fibromatosos—são uteros attingidos de esclerose distrofica, pseudo-metriticos.

Estes uteros esclerosos não são acompanhados de

salpingites, porém, os annexos apresentam ás mais das vezes uma alteração particular—o ovario esclerokistico.

Ora, a alteração esclerokistica dos ovarios parece ser puramente trofica: em todo caso pode ser encontrada independente de lesão uterina concomitante, e quando a acompanhada, não constatamos nem no peritoneo, nem nas trompas, lesão intermediaria que possa ter servido á sua propagação; resumindo, ha entre a esclerose uterina e a esclerose ovarica simples coincidencia frequente e não subordinação de causa e effeito, ambas revelam um mesmo processo pathologico que póde ferir, simultanea ou isoladamente, todo ou parte do apparelho genital da mulher.

Muitas vezes tambem, com a esclorose uterina coexistem vicios de posição do orgão, observando-se mais frequentemente a retroversão e o prolapso.

A retroversão, quando encontrada na esclerose vaginal não podemos attribuil-a nem a uma lesão annexial, nem peritoneal, attentada a extrema raridade da infecção n'esses casos.

Ella revela portanto um estado natural de relaxamento dos ligamentos fixadores do utero e muita vez, esse relaxamento se manifesta ao mesmo tempo que um rim fluctuante, ou tendencia outra á enteroptose. E' um sinal que mais vem acentuar a origem trofica da esclerose uterina.

O prolapso uterino apparece amiude cedo, antes de qualquer evento genital, em estado de esboço, nas mulheres condenadas a apresentarem-n'o mais tarde em alto gráo. Só podemos, em semelhantes casos, incriminar uma fraqueza congenita dos meios de suspensão do utero. Ora, em todas as mulheres que, em virgens, apresentam esta fragilidade do apparelho ligamentoso, vamos encontrar mais tarde, quando o prolapso se confirma, hipertrofia supervaginal do còlo, frequentemente acompanhada d'um certo gráo de esclerose do corpo.

Esta hipertrofia super-vaginal do cólo, elemento quasi constante no prolapso genital, offerece todos os caracteres essenciaes da esclerose do corpo, a pouco trecho succintamente estudados: o mesmo tecido resistente ao corte; mesmo espessamento das paredes, os mesmos crracteres histologicos, isto é, a mesma hiperplasia de todos os tecidos normaes.

Cornil, de Smety e Olivier affirmam que, apezar de existir uma hiperplasia em todos os tecidos, musculos, glandulas, tecido conjuntivo, não ha alteração nas relações reciprocas d'elles.

Nos casos de hipertrofia super-vaginal com prolapso uterino, o espirito é levado a considerar um conjunto morbido, resultante de uma perturbação manifesta simultaneamunte no segmento inferior do utero e em seus meios de suspensão e a rejeitar as téorias

mecanicas, que invocam como elemento pathogenico primitivo e primordial o relaxamento vaginal e o alongamento do cólo.

Em summa, a esclerose uterina, sobre cujas modalidades e particularidades vamos discreteando, se revela por caracteres extremamente simples: é uma hipertrofia geral de todos os tecidos uterinos, attingindo principalmente o parenquima, no qual constata-se, em grão variavel, a esclerose peri-vascular.

Os ovarios podem ser, ao mesmo tempo, atacados por uma alteração identica á do utero. Simultaneamente observa-se, muitas vezes, o relaxamento dos tecidos fibrosos.

# CAPITULO III

## Fisiologia pathologica

Podemos, sem de novo determo-nos em minucias, aqui resumir os caracteres anatomo-pathologicos da esclerose uterina, nas seguintes proposições:

1.º—O utero é affectado em sua totalidade, as lesões não se limitam ao cólo, nem mesmo quando ahi parecem predominar, como acontece na hipertrofia super-vaginal.

2.º—As variações da hipertrofia oscillam em dilados limites, desde o utero medio, congestionado e espessado, até o utero gigante.

3.º—Qualquer que seja a antiguidade das lesões, os annexos e o peritoneo se conservam indemnes de infecção.

4.º—A mucosa uterina parece completamente sã e, o é histologicamente em seus elementos primordiaes, unicamente hiperplasiados.

Estabelecidas estas particularidades essenciaes das lesões esclerosas, procuremos, na medida de nosso

apoucado intendimento, interpretal-as, á luz dos ensinamentos hodiernos.

Duas condições ou factores principaes presidem o surgimento da esclerose: a infecção e alteração nutritiva dos tecidos.

A esclerose inflammatoria se faz em duas fases: na primeira, o orgão doente infiltra-se de cellulas embrionarias, que substituem os elementos adultos normaes dos tecidos; na segunda, as cellulas embrionarias se fixam e dão origem a um tecido conjuntivo e fibroso, de tendencia rectratil, podemos mesmo dizer, de algum modo cicatricial.

D'isto resulta que, depois de attingir a uma pronunciada hipertrofia, o orgão vae progressivamente diminuindo de volume, até chegar á atrofia.

O criterio primordial das escleroses inflammatorias nos poderia já fornecer dados para nos pronunciarmos sobre a natureza da esclerose uterina. A evolução d'esta não tende para atrofia; ao contrario, o orgão se hipertrofia, emquanto persiste a actividade fisiologica d'elle. A par com esta noção essencial, um outro facto se nos antolha: as escleroses inflammatorias terminam com a destruição dos tecidos normaes, ao passo que na esclerose uterina, a fibra muscular senão— prolifera e se multiplica—pelo menos—persiste ou se hipertrofia.

Poderiamos, baseados em taes differenças, eliminar a hipothese infectuosa na genese da esclerose uterina; um justo escrupulo, porém, nos leva a fazer, em rapido pennejar, o estudo critico das lesões constatadas, soccorrendo-nos de interpretações diversas por ellas suscitadas.

Examinemos, para começar, o tipo de esclerose com telangiactasia.

Schimid, em excellente these, estudando a anatomia pathologica da metrite angiomatosa, dá perfeita descrição das lesões da esclerose uterina.

Vão aqui transladadas suas palavras referentes á etio-pathogenia:

«E' difficil, pondera elle, dizer sob a influencia de quaes causas se desenvolvem as alterações musculares do utero que acabamos de estudar. Em communicação á Sociedade de Cirurgia, Quenu pensa tratar-se de uma inflammação uterina. Quando a infecção se localisa á superficie da mucosa, actuando sobre as glandulas e tecido intersticial, produz lesões ordinarias da metrite cronica vulgar.

Póde, no entanto, penetrar profundamente e, por causas desconhecidas, se fixar no elemento vascular. Factos analogos se dão na mucosa ano-rectal e urethral. Quenu mostrou que as dilatações hemorroidarias são de origem infectuosa e acredita que do mesmo modo

se formam as angiomas da urethra. E' possivel que, nos casos que estudamos, a infecção tenha *d'emblée* se localisado nos vasos, pois que, na maioria das observações a mucosa mostra-se macroscopicamente normal, do mesmo modo que não contastamos lesões histologicas glandulares nem intersticiaes. E' possivel tambem que tenha, no inicio, havido lesões da mucosa, curadas depois pelas curetagens e pelos pensos antisepticos. Sómente as lesões vasculares persistiram por serem profundas, fóra, portanto, da acção therapeutica ».

Muito de proposito vai aqui transladada na integra, esta explicação pathogenica, resumo do argumento commum dos partidarios da infecção, apostados na interpretação das lesões da esclerose uterina.

Eis-nos, pois, em face de uma lesão profunda dos vasos e de todo o parenquima, sobrevindo por intermedio da mucosa alterada, persistindo e progredindo, emquanto que a mesma mucosa se regenera e torna-se completamente sã!

Eis uma infecção fixada no elemento vascular, alterando-o profundamente, sem que os vasos que se dirigem para a mucosa, acarretem o agente microbiano, fatalmente existente no sangue, nem os limfaticos levem o mesmo agente infectuoso, que indubitavelmente penetra na bainha vascular!

Parece até pueril acreditar que uma cureta possa

arrastar todos os tecidos infectados para que de novo se reedifique uma mucosa idealmente sã.

De modo algum podemos acceitar taes interpretações. Ou, a lesão vascular é de origem infectuosa, do mesmo modo que a esclerose parenquimatosa que a acompanha, e então a mucosa será alterada, ou, a esclerose e a lesão vascular representam uma dupla manifestação de uma perturbação trofica e a mucosa poderá permanecer intacta, simplesmente hiperplasiada.

Não lobrigamos, no estado actual de nossos conhecimentos, artificio de logica que nos conduza fóra d'este dilemma; nós, certamente, guiados por um espirito acanhado em seu descortinio, somos francamente inclinados ao segundo termo.

Passemos agora, em rapido discretear, a esclerose em grau mais elevado, ao exame do utero gigante, fibromatoso. O que observamos?

Uma esclerose conjuntiva perivascular muito pronunciada, a formação, ás vezes, de extensos espaços limfaticos, uma multiplicação ou pelo menos uma hipertrofia das fibras musculares.

Numerosas e bem fundadas razões nos levam a não considerar estas perturbações de origem inflammatoria.

1.º—Uma inflammação teria dado logar a uma infil-

tração embrionaria, teria certamente produzido um longo estado febril, uma grande perturbação no estado geral da doente, fenomenos que não encontramos em sua historia.

2.º—Uma infecção productora de lesões tão graves, embora admittamos sua evolução silenciosa, atacaria o baço e os rins, que estão normaes.

3.º—Uma infecção, durante sua progressão, teria fatalmente produzido alterações inflammatorias, pelo menos cronicas, da mucosa e do peritoneo uterino, factos não verificados.

4.º—Uma infecção certamente alteraria a vitalidade dos elementos anatomicos adultos, da fibra muscular, quando exactamente se dá o inverso.

5.º—Uma infecção sobrevinda, por intermedio da mucosa, provocaria, uma esclerose peri ou sub-glandular, testemunho de sua passagem por intermedio dos vasos, determinaria no parenquima grupos leucocitarios e microbianos disseminados.

Estas razões, muito serias e valiosas, formam um feixe inquebrantavel de provas em apoio da téoria distrofica da esclerose uterina.

Os partidarios da origem infectuosa de todas as perturbações uterinas invocam, na explicação das lesões do parenquima, a metrite puerperal aguda, esquivando-se de entrar no estudo detalhado do parenquima escleroso.

Delbet, de cuja palavra auctorisada, já, paginas atrás, nos soccorremos, não hesita em escrever o que aqui vae transcrito:

« Quando a inflammação (do endometro) ataca a parede muscular do utero, na maior parte das vezes é de uma maneira indirecta, creando perturbações nutritivas, que não teem caracter inflammatorio preciso ».

Tal concepção não é mais que meio de contornar o obstaculo.

Reconhecem a natureza trofica das lesões parenquimatosas, porém não se dão por vencidos.

De feito, dizem elles, o que se nota na metrite parenquimatosa é de natureza trofica, mas traduz um movimento nutritivo que se produz graças á congestão vascular, cuja genese é a inflammação do endometro. Essa hipertrofia se manifesta por uma tendencia fisiologica natural; é um facto accessorio.

De bom grado acceitariamos esta interpretação, se nos evidenciassem o agente infectuoso ou, pelo menos, o indicio de sua passagem; já que não o fazem, somos levados a considerar causa primordial o que denominam facto accessorio.

A circumstancia da mucosa apresentar-se illesa, aos olhos dos partidarios da infecção, não demonstra a ausencia microbiana. O bacillo da tuberculose, objectam elles, quando ingerido com os alimentos, não pode,

atravessando o epithelio e todas as tunicas intestinaes, sem deixar vestigio, ir produzir uma peritonite especifica? Na verdade, o facto invocado é exacto, o argumento parece tudo explicar. Não se esqueça, porém, que admittida a passagem do agente infectuoso através da mucosa, a sua progressão só se poderá dar pelos limfaticos e que, portanto, deveremos encontrar no peritoneo as suas devastações.

Em taes casos ainda não foi encontrada a menor lesão peritoneal, ao invés, as perturbações limitam-se unicamente ao parenquima uterino.

Como ultimo recurso surge a influencia das toxinas microbianas.

Facilmente combativel é este modo de explicar; ou as toxinas produzem lesões analogas ás do microbio, ou lesões necrosicas ou degenerativas, que não encontramos.

As alterações troficas do parenquima uterino não são, portanto, effeito indirecto d'uma infecção a elle limitada, nem são geradas por toxinas formadas na mucosa uterina—são o resultado d'uma perturbação d'outra especie.

Demonstrada a ausencia de qualquer noção etiologica infectuosa nos antecedentes das doentes que estudamos, assinalada a natureza não infectuosa das lesões, no seguinte capitulo firmaremos a autonomia sintomatica da esclerose uterina.

Ficará deste modo estabelecida uma base, cimentada no estudo etiologico, anatomo-pathologico e sintomatologico, sobre a qual repousará a legitimidade nosologica da entidade morbida que pallidamente bosquejamos.

# CAPITULO IV

## Sintomatologia

### FEIÇÕES CLINICAS

Os tipos anatomicos. em capitulos passados estudados, correspondem aos casos em que a accentuação sintomatologica, torna necessaria a intervenção operatoria, propiciadora de investigações anatomo-pathologicas.

Representam, por consequencia, as expressões ultimas dos estados morbidos que collimamos.

Uma descrição clinica não poderá pautar-se pelo texto anatomico, deverá remontar á historia das doentes, ligar os accidentes pregressos aos eventos presentes, e assim estabelecer, por analogia, tipos morbidos menos completos, não epilogados por perturbações determinantes de operação radical, reveladora dos estragos somaticos.

De tal modo, podemos fotografar as multiplas feições clinicas sob as quaes se apresentam as doentes attingidas de accidentes pseudo-metriticos precursores da esclerose uterina.

Ora, todas as doentes não chegam á esclerose pela mesma via.

Numas a esclerose é o remate de uma extensa serie de desordens manifestadas em quási toda sua existencia genital: noutras as perturbações que precedem a esclerose são menos longas e se precipitam nas fronteiras da menopausa.

Mas, tanto num como em outro caso, a evolução das lesões póde parar a meio caminho, ás vezes retroceder completamente nas proximidades da idade critica e, assim estes estados morbidos que deveriam terminar na esclerose, se apresentam como novos estados clinicos, tambem benemeritos de estudo. Detenhamo-nos, agora, em breves consideraçõas sobre eventualidades frequentes na vida genital dessas doentes.

Uma doente sentiu as primeiras perturbações na epoca de apparição catamenial; a menstruação se estabeleceu difficilmente, as regras foram dolorosas, irregulares, ora abundantes, ora diminuidas; depois sobrevieram perdas brancas, acompanhadas de sensação de peso, colicas uterinas, o medico diagnosticou uma metrite virginal, que por fim curou sem outro tratamento que os preceitos higienicos.

A joven doente casou-se, nos primeiros tempos reappareceram as perturbações pseudo-metriticas, no entretanto, sobreveiu a gravidez, deu-se o parto a

termo e normalmente sem o menor incidente infectuoso.

Alguns mezes após o parto surgem novas crises dolorosas, sem febre, sem repercussão peritoneal, com catarro abundante, menorragias profusas, constipação pertinaz; estes accidentes são levados á conta d'uma infecção puerperal latente e como taes tratados.

A despeito do tratamento, persistem essas perturbações, que de inicio intermittentes, tornam-se permanentes; as regras perdem sua periodicidade, verdadeiras metrorragias se produzem, e por sua repetição, duração e abundancia, causam profunda anemia, põem em perigo a vida da doente. Depois de numerosas e improficuas curetagens, o cirurgião praticou a histerectomia vaginal.

Esta apenas evidencia um utero escleroso, forrado por uma mucosa perfeitamente sã, acompanhado de annexos indemnes num peritoneo illeso; não se constata o menor traço de processo flegmasico, e, no entretanto, a doente foi tratada successivamente de: uma metrite virginal, uma metrite conjugal, uma metrite puerperal, uma endometrite fungosa, uma metrite parenquimatosa.

Vejamos uma outra doente, cuja historia, menos longa, não deixa por isso de ser caracteristica; tem esta quarenta annos, é casada ha vinte, nunca teve filhos:

de seu interrogatorio colligе-se a existencia de perturbações menstruaes antigas, porém nunca submettidas a tratamento; as regras sempre foram dolorosas e abundantes, precedidas e seguidas de abundante catarro. Mais tarde, sem causa apreciavel, novos fenomenos se manifestam: a doente que ha alguns annos para cá engordou, teve colicas hepaticas e perturbações dispepticas, queixa-se agora de fortes dores nos rins, perdas brancas não purulentas, mas profusas, menorragias muito abundantes. O exame objectivo nos patenteia um cólo uterino volumoso, congestionado, não ulcerado, a par com um corpo tambem aumentado, retrovertido, porém perfeitamente movel.

O diagnostico de metrite parenquimatosa dolorosa com retroversão, é o acceito por seu medico.

Apezar das cauterisações, do emprego dos pensos antisepticos e do uso do pessario, continuam as dores, aumentam as metrorragias, o utero torna-se volumoso e duro.

Deante das abundantes hemorragias o espirito do medico inclina-se a crêr uma metrite fungosa ou um polipo fibroso. Empenhados os meios em taes casos porfiadores de cura, novo insuccesso vem trazer á prova experimental a inexacção dessa hipothese. Decorridos alguns annos, em alternativas de melhoras e recahidas, attenuam-se as dores, cessam as hemorra-

gias, o utero entra na fase de atrofia, todos os accidentes são então imputados á metrite crepuscular na pinturesca expressão de Auvard.

Vejamos uma terceira doente cuja historia, vasada nos mesmos moldes da primeira, apenas desta se differencia quando chegada á idade critica. Nesse momento as perturbações ao invés de retrocederem ou cessarem, aumentam e persistem, ao mesmo tempo que o utero attinge enorme proporção, que faz suppor a presença de volumoso fibroma. Levada a effeito a histerectomia, é encontrado um utero escleroso, hipertrofiado, com varios nucleos miomatosos.

Mais uma vez vemos não ratificado o diagnostico aventado.

Finalmente uma outra doente se nos offerece á observação: apresenta prolapso uterino total com hipertrofia super-vaginal e metrorragias profusas.

Supposta a existencia de fibromas uterinos, é praticada a histerectomia vaginal e apenas encontramos um utero nitidamente esclerosado.

Si lançarmos um olhar retrospectivo á historia morbida dessa mulher, veremos que de longe vem suas perturbações, e que teve, como as precedentes, regras difficeis, dolorosas e abundantes. O prolapso foi por muito tempo attribuido a um parto normalmente dado e sem manifestações infectuosas.

Levando nossa perscrutação mais além, saberemos que na virgindade um corrimento a par com um utero propenso á queda, a importunaram.

Eis-nos em face de quatro casos em que a esclerose uterina se faz conclusa ao veredictum do bom senso.

De tudo isto reçuma, que a serie de perturbações devidas á esclerose uterina, pode simular todos os tipos metriticos.

Não basta, pois, esboçar sómente a descrição sinoptica do utero escleroso, afigura-se-nos de inelutavel necessidade a analise de cada episodio clinico, a par e passo estabelecidos os pontos que fazem-no confundir com as metrites, firmados os sinaes que os caracterisam.

Procuraremos, passando em revista os differentes grupos de metrites, expurgal-os dos elementos estra nhos. Na feitura de simelhante resenha um só processo se nos antolha: seguir cronologicamente os numerosos accidentes que podem, nas mulheres predispostas á esclerose, simular no percurso da sua vida genital, desde o estabelecimento das regras até a memenopausa, um processo inflammatorio.

Por tal modo poderemos ir das formas frustas aos estados constituidos da esclerose, de caminho confrontando-as com a variedade metritica evocada.

**Metrite virginal** — E' impossivel negar a existencia desta especie de flegmasia uterina, mas tambem forçoso é confessar a raridade d'ella, que impõe muito escrupulo, no rotular de metrite, qualquer perturbação vaga, bastas vezes dependente do estado geral.

E' certo que uma vulvite infectuosa, os artificios da masturbação podem originar em mulheres de himen intacto, todos os fenomenos da metrite: fortes dores, perdas brancas purulentas, constipação, nauseas e ás vezes lesões annexiaes.

Não paira nestes casos duvida sobre a infecção, porém, não empresta a virgindade a estes estados morbidos cunho especial e caracterisador.

Doleris, analisando e criticando a these de Bouton (*Metrite des vierges.* Paris—1887) affirma que sómente duas de suas observações referem-se á verdadeira metrite. Em geral as perturbações attribuidas a uma infecção por alguns autôres, surgem desde o estabelecimento das regras.

A menstruação inicia-se irregularmente; depois de uma ou mais epocas muito dolorosas, sobrevem uma amenorréa de duração variavel, alguns mezes em geral. A's vezes reaparecem mais abundantes, se aproximam pouco a pouco, chegando muitas vezes a virgem a ter perdas sanguineas de 3 em 3 dias.

Estas desordens podem manifestar-se depois da menstruação ter se dado regularmente por alguns annos.

Seja como for, em breve tempo a anemia apparece e não raro é havida por causa de todas as perturbações.

Os tonicos diversos, o ferro e a quina mais vêm agravar o estado da doente, confirmando o que bem diz Richelot—«*metrite* e *anemia,* resumem uma serie de erros e interpretações vulgares que ao publico agrada, da qual são victimas as doentes e muita vez cumplice o medico».

Esta *falsa metrite,* evolue sem febre, com um conjunto reaccional nullo; sua duração é variavel.

O criterio do tratamento vem demonstrar que se trata de perturbações circulatorias, dependentes do estado geral. E' evidente que a maioria das metrites das virgens não são verdadeiras metrites, ellas constituem a primeira manifestação de perturbações uterinas intermittentes que condusirão gradativamente as doentes á uma esclerose uterina precoce. Basta examinarmos seus sintomas, com algum espirito de critica, para affirmarmos que não dependem d'uma infecção; basta interrogarmos o passado das doentes attingidas de esclerose uterina, para encontrarmos em seus antecedentes sintomas analogos e dar-lhes o valor significativo, de algum modo premonitorio que merecem.

**Metrite hemorragica** —Nas doentes classificadas como presas da metrite hemorragica, vamos encontrar a mesma dualidade—casos que fatalmente dependem de infecção e casos de cuja acção escapam. As metrites hemorragicas sobrevindas no decurso ou após metrites blenorragicas ou puerperaes, claramente prendem-se á infecção; nestes casos a curetagem e o chlorureto de zinco dão excellentes resultados; uma vez destruida a mucosa infectada, todos os fenomenos desapparecem, si permaneceram sãos os annexos.

Mas ao lado destes casos em que não tem razão a duvida, quantas eventualidades não se emmaranham no mesmo grupo nosologico!

Doentes que nunca tiveram a menor infecção começam a sentir dores no ventre, as regras tornam-se irregulares, apparecem metrorragias profusas, e, depois de empregar todos os recursos medicos, sem conseguir sustal-as, o cirurgião pratica a histerectomia.

Será porventura esta a marcha de uma metrite vulgar?

Certamente não.

Já no particular da anatomia pathologica, nos valemos de uma observação de Schmid, quando do exame histologico da mucosa uterina, procuravamos tirar argumento contra a origem infectuosa de lesões constatadas.

De novo recorremos a esse autor, citando uma outra observação.

Trata-se de uma doente entrada para o serviço do Dr. Grum, no hospital Cochin, de 32 annos e cuja mãe teve um prolapso uterino. Regulada aos 17 annos, irregular e abundantemente, esta doente teve com 20 annos uma menorragia que necessitou tamponamento.

Casando-se teve quatro filhos e um aborto, tendo tido no primeiro parto grandes perdas sanguineas.

Dois annos depois suas regras tornaram-se muito irregulares e abundantes. Foi praticada então pelo Dr. Péan uma curetagem, que trouxe para a doente apenas mezes de alivio.

O cólo uterino apresentava-se aumentado, porém sem rutura nem ulcerações, o corpo do utero muito volumoso.

Diante da persistencia das hemorragias a histerectomia se impôs. Pelo exame da peça verificou-se ter o utero 11 centimetros, paredes muito espessas, mucosa bôa e sem fungosidade.

Novo tipo de utero escleroso.

Eis uma doente em cuja historia não encontramos o menor traço de infecção, nenhuma apparencia de metrite, e que, no entanto, é considerada como attingida de metrite, unicamente porque cegamente considera-se qualquer perturbação uterina como metrite!

**Metrites dolorosas**—Sob uma outra feição, sóe por vezes manifestar-se a esclerose, aproximada da antecedente pela abundancia do corrimento sanguineo e distincta pela agudeza do sindroma—dor. E' ella incluida no grupo das metrites parenquimatosas dolorosas.

Vejamos o que sobre tal variedade diz uma das maiores autoridades da ginecologia frencêsa:

«Cette métrite chronique est le résultat d'une infection ayant évolué lentement, d'une façon sournoise et larvée, parfois même *aynt sommeillé avant d'avoir fait son apparition*, assez longtemps après que la cause infectante a disparu.

«Il y a là, en une mot, des faits analogues à ceux que Verneuil, a réunis sur le nom de microbisme latent.

«Ils en presentent la marche insidieuse, les répits trompeurs et les exacerbations inattendues, si bien qu'il y a plus d'un point de contact dans l'allure clinique d'un foyer d'ostéite ancienne et celle d'une métrite chronique.

«Dans l'intervalle des poussées aiguës qui sont toujours imminentes, l'un e l'autre constituent plutôt une infirmité, qu'une maladie».

A explicação apresentada por Passi, é engenhosa mas destituida de razão. E' invocada como argumento a ostéomielite.

Nesta affecção após uma primeira epoca aguda, os accidentes podem reapparecer muito tardiamente, porém não falta o surto agudo e o microbismo só se torna latente depois de ser apparente.

Na hipotese da metrite dolorosa, contrariamente a todas as regras da pathologia geral, o microbismo é latente *d'emblée.*

A metrite cronica dolorosa ou engorgitamento uterino dos autores antigos, apparece insidiosamente, quer na mulher esteril, quer alguns mêses ou alguns annos depois de um parto sem o menor fenomeno infectuoso. E' caracterisado pela sensação de peso na região hipogastrica, dores nos rins, tornando a marcha e posição de pé penosas, pela dismenorrhéa, pelo volume anormal do utero.

Progressivamente as dores vão se tornando mais fortes e podem condenar as doentes a um repouso quási completo. Embora constantes, se exacerbam consideravelmente no momento das regras ou em seguida a todas as causas de congestão pelvica, taes como as viagens em carro ou caminho de ferro.

O exame nos vae mostrar um cólo uterino tumefeito, de consistencia esclerosa, mas de superficie bastante regular, sem ulceração nem atrofia da mucosa. O corpo uterino é sensivelmente aumentado de volume, tanto no diametro vertical como no transverso, no

entanto o catheterismo nos dá para cavidade sómente 7 a 8 cms., de modo que o aumento de volume é devido principalmente ao espessamento das paredes.

Farta vez o corpo apresenta posição viciosa, quási sempre retroversão, facilmente movel e reductivel, o que indica a ausencia de adherencias inflammatorias.

Os *culs-de-sac*, são livres, os annexos parecem absolutamente sãos, mas algumas vezes o ovario é volumoso e muito doloroso á pressão.

Esta dor ovarica traz frequentemente ao cirurgião a idéa de uma annexite, á conta da qual são levados todos os sintomas; mas, uma vez interrogada a doente, verifica-se que esta pseudo-annexite evoluiu sem febre, sem surtos pelvi-peritoneaes, sem fenomeno reaccional algum para o peritoneo, constata-se ainda que a trompa não está aumentada de volume, que finalmente trata-se simplesmente de ovarios esclerokisticos.

E' muito frequente a concomitancia das escleroses uterina e ovarica; é talvez á esta associação que se deve attribuir a intensidade e a variedade dos fenomenos dolorosos, que olhados e apreciados de relance, parecem dependentes de uma infecção utero-annexial. O apparecimento e evolução delles permittem, no entanto, excluir semelhante supposição.

Os surtos dolorosos, caprichosos e não febris, repetidos por longos annos sem que, por assim dizer, a

situação das doentes se agrave, fornecem criterio na eliminação da hipothese infectuosa. Sinthetisando, a pseudo-metrite dolorosa, uma das modalidades da esclerose uterina, caracterisa-se por uma apparição insidiosa, por dores localisadas ao nivel do utero, acompanhadas, ás mais das vezes, de hipertrofia e desvio uterino, persistindo por muitos annos sem que lesões salpinigianas ou peritoneaes, venham complical-a, apezar da frequente coincidencia da esclerose kistica dos ovarios.

**Metrite parenquimatosa cronica**—Insensivel transição nos conduz ao estudo desta variedade.

Em sua critica, porém, já bastante nos detivemos, quando, paginas atrás, estudamos a anatomia pathologica.

Passemos, pois, adiante.

**Metrite parenquimatosa hipertrofiica—Utero gigante**—Quási completo é o silencio dos autôres no tocante á metrite parenquimatosa hipertrofica, apenas ligeiramente tratada no capitulo das metrites cronicas e no dos fibromas. E', no entretanto, um estado morbido frequente, importante pelas hemorragias que o acompanham, pela resistencia aos diversos tratamentos, pela possibilidade de regressão expontanea na epoca da menopausa.

E' o tipo perfeito da esclerose uterina constituida, termo natural dos multiplos estados que anteriormente estudamos. Geralmente são as abundantes hemorragias, que forçam as doentes attingidas desta pseudo-metrite, a procurarem o auxilio medico. A historia de seus soffrimentos é muito identica; as perturbações uterinas remontam a muitos annos; soffreram antes e depois do casamento, na occasião dos partos; as regras sempre foram abundantes e dolorosas, por fim tornaram-se completamente irregulares.

Praticado o toque, vae o dedo cair sobre um cólo volumoso, igualmente consistente, de superficie lisa; quando, porém, o exame é feito após uma perda sanguinea, encontramol-o amollecido, entreaberto e cheio de coagulos. E' mobilisavel e não doloroso ao toque.

A exploração bi-manual reconhece o utero extremamente aumentado de volume, indo 4 e 5 dedos transversos acima da sinfise e algumas vezes até o umbigo. Si bem que o diametro transverso tambem esteja muito accrescido, não apresenta o utero a forma globulosa da gravidez, é perfeitamente movel em todos os sentidos e raramente é doloroso á pressão. O exame especular do cólo revela-o exageradamente volumoso, turgido e de côr equimotica, sem ulceração nem ectropio da mucosa.

O catheterismo evidencia o enorme aumento da

cavidade (12 a 14 cms.) que não apresenta nem polipos, nem fungosidades, ao invés, uma superficie lisa e igual.

Nos encontramos, emfim, em face de uma hipertrofia consideravel sem outro fenomeno concomitante.

A molestia evolue uniformemente: graças ao repouso, ás injecções quentes, aos hemostaticos, as hemorragias podem se attenuar ou mesmo cessar. Decorrido, porém, curto lapso de tempo reapparecem trazendo todas as consequencias das anemias graves, epilogadas, por vezes, pela morte. Quási sempre estas doentes procuram o medico já exangues e desesperadas, depois de terem sido muito curetadas.

A histerectomia impõe-se, então, como tratamento de urgente necessidade, propiciador do exame histologico do orgão, que apresenta esclerose uniforme.

**Hipertrofia super-vaginal e prolapso uterino**—Feita, a largos traços, a descrição da esclerose total do utero, resta entrarmos em considerações sobre os casos em que ella é parcial.

Tomemos como padrão a hipertrofia super-vaginal, unica que apparece escorreita de qualquer elemento infectuoso. Embora plenamente convencidos de que muitas outras escleroses do cólo estão sob a dependencia de naturaes predisposições morbidas, abstemo-nos do seu estudo, porquanto sempre se

manifestão de par com processo infectuoso palpavel. A hipertrofia super-vaginal, não affecta nenhuma das formas communs da esclerose inflammatoria: desenvolve-se silenciosamente e associada á distrofia dos tecidos vaginaes e ligamentosos uterinos, d'onde frequente reunião ao prolapso.

Já a proposito das pseudo-metrites das virgens e das pseudo-metrites dolorosas, nos referimos á constante coexistencia das retroversões, testemunho da decadencia dos tecidos uterinos e peri-uterinos, já nesses casos mostramos que em vão procuram explicar o relaxamento dos ligamentos pela congestão permanente e aumento consecutivo de peso, interpretação batida por numerosos argumentos, e, entre outros, pelo insucesso da operação de Alexander, demonstrativa da fragilidade dos ligamentos redondos.

A concepção puramente mecanica na explicação dessas desordens cae derrocada por suas proprias contradições.

Para um mesmo facto, são alternativamente invocadas interpretações e hipotheses pathogenicas diversas: é assim que, quando nas virgens apparece o prolapso, consideram a hipertrofia do cólo primitiva e resultante de uma anomalia de desenvolvimento, emquanto que, nos outros casos, a hipertrofia é havida por secundaria, originaria d'uma metrite cronica parenquimatosa; deste

modo, vemos alterações differentes, não só em sua natureza, como em seu mecanismo, se exteriorisarem pelo mesmo quadro clinico.

Taes incongruencias perfeitamente patenteiam a inverdade das conclusões. No capitulo referente á anatomia pathologica demonstramos ser a hipertrofia super-vaginal, uma real alteração trofica do cólo com esclerose perivascular e não uma perturbação inflammatoria, sujeita portanto á condição bacteriana.

A clinica evidencia ser a tendencia ao prolapso uterino manifesta desde a adolescencia: é uma inclinação natural e constitucional desse organismo.

E', pois, a esclerose hipertrofica do cólo, uma variante das distrofias genitaes.

A distrofia, que tem por caracteres principaes a esclerose, a congestão e o relaxamento dos tecidos fibrosos, attinge em gráos diversos a vagina, o utero, total ou parcialmente, e os ligamentos, produzindo um conjunto sintomatologico, notavelmente identico. Sob apparencias multiplas, reconheciveis, porém, por certos caracteres particulares e distintos, se apresentam as manifestações da esclerose.

Commum é a sua associação a um processo infectuoso, estimulador de tendencias incubadas, que, por vezes, mascaram o aspecto morbido das metrites. Não é possivel estabelecer exactamente quaes as modifica-

ções que elle leva a todas os casos; pode-se, no entanto, algo dizer no referente a alguns casos mais vulgares.

Quando a metrite aguda se desenvolve em um utero propenso á esclerose, evolue como nos casos simples, apenas estimulando a tendencia congestiva natural e a susceptibilidade nervosa das doentes: sobrevêm hemorragias abundantes e duradouras, perturbações reflexas intensissimas, origem das particularidades sintomaticas.

Uma vez passado o periodo agudo, o utero naturalmente congesto retem de algum modo a infecção: ahi, mais facilmente que em outro qualquer caso, a metrite passa ao estado cronico.

Facto identico se dá com a blenorragia na uretra das arthriticas.

Vae a metrite se alojar no cólo, produzir hipersecreção grandular mais activa que nos casos banaes, entreter por via reflexa a congestão dos orgãos, donde o surgimento de metrorragias, trazer o aumento de volume, sintomas que poderão desapparecer por simples excisão da mucosa cervical, attestado irrefutavel de sua origem reflexa num utero predisposto.

Eis ahi os caracteres principaes das metrites agudas nas mulheres predispostas a esclerose; fenomenos mais complexos podem sobrevir quando á flegmasia uterina se junta a infecção annexial.

A congestão uterina reflexa trazida pela lesão dos annexos, exercendo-se sobre o utero, cujo sistema vascular é doente, causa metrorragias extremamente abundantes, dá ensanchas á predisposição morbida, facilita hipertrofia ainda mais consideravel do utero.

Alguns exemplos citados no inicio deste capitulo, orientadores atravéz os sintomas complexos da evolução variavel da esclerose, permittem entrever a ligação dos diversos tipos sobre que depois fomos isoladamente discreteando.

Cada um delles possue sua individualidade clinica, pela predominancia ou pela epoca de apparecimento de um sintoma, cada um delles possue sua individualidade anatomica, revelada por alguns traços postos em relevo sobre o fundo commum da esclerose.

A' metrite das virgens corresponde a tendencia á esclerose com congestão uterina.

A' pseudo-metrite hemorragica, a esclerose uterina com telangiatasia.

A' pseudo-metrite parenquimatosa dolorosa, a esclerose uterina com ovarios esclerokisticos.

A' pseudo-metrite parenquimatosa simples, a esclerose com hipertrofia do cólo.

A' hipertrofia super-vaginal do cólo com prolapso, a esclerose uterina com relaxamento dos tecidos fibrosos.

Ao typo do utero fibroso gigante a esclerose hipertrofica.

Ao typo do utero fibromatoso, a esclerose com nucleos miomatosos.

Os multiplos sintomas e varidas lesões da esclerose representam uma escala na base da qual encontramos a simples tendencia congestiva do utero e no vertice a esclerose constituida representada pelo utero gigante, com ou sem fibromas.

Do mesmo modo que a identidade das alterações cellulares unifica os tipos anatomicos, os caracteres sintomaticos communs ligam as nuanças clinicas.

As doentes são todas nervosas, apresentam perturbações visceraes, offerecem todas estigmas do athritismo; n'ellas o nervosismo se manifesta sob todas as formas desde as mais accentuadas e graves até as mais simples e attenuadas.

Algumas vezes é um simples caracter triste, inquieto e irritavel: as doentes vivem continuamente impressionadas por suas dores, chegam a exageral-as, gradativamente descambam para a neurasthenia e a hipocondria.

Outras occasiões as manifestações nervosas se apresentam mais caracterisadas; a histeria se revela por todos os seus sinaes e o medico tem, então, de prestar

maxima attenção e muito cuidado no apreciar e aquilatar dos fenomenos.

Emfim, é á esclerose uterina que pertencem, menos a mania puerperal, a maioria das psicoses observadas nas operadas ginecologicas.

As perturbações mentaes que constituem a loucura post-operatoria, evoluem principalmente nas mulheres attingidas de prolapso uterino ou de dores pelvicas. A operação indicada por seu estado, faz eclodir perturbações psyquicas, de momento attribuidas ao acto operatorio; a observação demorada da doente revela sempre a incoherencia de seus actos e de palavras manifesta antes da intervenção cirurgica.

As mulheres de utero escleroso apresentam portanto fenomenos nervosos que vão da simples impressionabilidade de caracter ás psicoses graves.

A par com as perturbações nervosas, encontramos as desordens visceraes e principalmente as abdominaes.

Frequentemente se observa em uma mesma doente, ao mesmo tempo ou com algum intervallo, um rim fluctuante e um utero escleroso.

Quantas vezes numa virgem que soffre de accidentes pseudo-metriticos, encontramos manifestações dispepticas e dilatação mais ou menos consideravel do estomago.

A constipação, testemunho da inercia intestinal, é constante nessas doentes.

São, porém, as mulheres de 38 a 45 annos, attingidas de esclerose, que apresentam o quadro mais completo das perturbações visceraes; em geral adiposas, o ventre flacido cae em avental sobre o pubis; esta apparencia, este exterior perfeitamente assinalam o relaxamento geral dos tecidos fibrosos.

A este conjunto de accidentes visceraes e nervosos, vêm se superpor os estigmas do arthritismo.

Geralmente estas mulheres apresentam dôres musculares fugazes, nevralgias intercostaes, surtos eczematosos.

Em idade mais avançada surge a propensão á obesidade, o interrogatorio revela, em muitos casos crises de colicas hepaticas, sinaes de dispepsia acida.

Os caracteres geraes, constitucionaes dessas doentes são, portanto, identicos; pertencem todas á classe das arthriticas-nervosas.

Aproximados por suas relações diathesicas, tambem o são pela evolução das lesões uterinas.

A perturbação uterina em todas surge e se desenvolve de um modo analogo: sobrevem expontaneamente, sem fenomenos reaccionaes febris e independente de infecção; aumenta por crises; não apresenta inflammação peritoneal nem peri-uterina; resiste aos

tratamentos antisepticos; é susceptivel de repressão expontanea sob a influencia do parto ou da menopausa.

Apezar de ligadas por tantos caracteres communs, geraes ou particulares, todas as escleroses uterinas não se desenvolvem no mesmo sentido, nem no mesmo tempo; apresentam numerosas variedades clinicas.

Qual a causa de taes variedades?

Parece que devemos attribuir principalmente ao momento da apparição e á rapidez evolutiva.

Quando a tendencia á esclerose surge, por exemplo, numa virgem, é certo que terá tempo de se confirmar e terminar nas formas mais graves e completas da molestia, além disto encontra um utero debilitado pelas perturbações troficas proprias á aurora da existencia genital.

Ao contrario, si a esclerose, mais tardia em suas manifestações, só se inicia nas vizinhanças da idade critica, si bem que possa por uma evolução rapida crear uma esclerose hipertrofica ou um fibroma, o effeito atrofico da menopausa sobrevirá a tempo de conjurar os accidentes.

Limitar-se-ão á hemorragia mais ou menos graves, á uma hipertrofia uterina limitada: produzir-se-ão os sintomas da chamada metrite da menopausa.

Taes variedades são, portanto, mais apparentes que reaes.

Seja qual fôr o valor de nossas interpretações, qualquer que seja a autonomia real ou falsa da esclerose, uma mesma condição as rege—o seu desenvolvimento, nas arthriticas nervosas – um caracter primordial de unidade as liga—a passagem successiva possivel de um tipo a outro.

As diversas modalidades de esclerose são a expressão individual d'uma mesma perturbação geral de ordem trofica.

# CAPITULO V

## Tratamento

Não é uma simples preoccupação escolastica a dissociação do grupo nosologico das metrites—é, antes, a base de uma therapeutica pathogenica, por conseguinte racional. Tem sua razão de ser no tratamento, que orienta.

A curetagem, tão poderosa na infecção devida a retenções placentarias, tão efficaz na metrite fungosa de condição bacteriana, tão util como adjuvante do tratamento antiseptico de todas as metrites verdadeiras, é aqui impotente, contra-indicada e até nefasta.

Longe de melhorar o estado dos doentes, apenas traz, graças á dilatação de que necessita, uma sedação temporaria das hemorragias; desperta susceptibilidades nervosas do utero, crea fenomenos dolorosos, que ainda não haviam surgido, ou exaspera os que já existiam.

Por si só, constitue um reactivo muito sensivel, um meio experimental de diagnostico entre as perturbações metriticas e pseudo-metriticas.

Aqui não actua como na infecção uterina complicada de annexite, despertando lesões peritoneaes latentes, porém determina uma tendencia nevralgica ao nivel do utero, cujas manifestações morbidas limitavam-se a hemorragias.

Esta influencia desfavoravel da curetagem observa-se em todos os gráos da affecção que descrevemos, quer se trate de um pequeno utero congestionado de virgem predisposta á esclerose, quer d'uma hipertrofia poliposa, quer de um utero gigante de uma mulher nas proximidades da menopausa.

Qual o tratamento a empregar contra estas pseudo-metrites, que resistem tão heroicamente aos meios antisepticos?

Vejamos em primeiro logar como agem os diversos modos de tratamento sobre a esclerose uterina e, depois, tomando alguns exemplos bem definidos d'ella, procuremos estabelecer a conduta do medico deante de taes casos.

O que dissemos da curetagem pode applicar-se a todos os meios de tratamento baseados na antisepsia.

O emprego de tampões de iodofórmio é completamente inutil; depois de multiplas e infructiferas applicações as doentes não tardam a solicitar outro tratamento.

A introdução de *lapis* intra-uterino é igualmente sem resultado.

A cauterisação superficial do cólo é tambem sem a menor vantagem: tal processo, além disto, está quási completamente abandonado em ginecologia por sua inefficacia, mesmo nas metrites verdadeiras.

A cauterisação mais profunda, intra-uterina, pelo chlorureto de zinco não logra melhor successo: tem, ao contrario, a desvantagem de accordar a susceptibilidade dolorosa das doentes, como todo methodo que tende á destruição da mucosa.

Os revulsivos são absolutamente impotentes, seja qual fôr a fórma do seu emprego.

O repouso e as injecções quentes são susceptiveis de melhorar o estado das doentes.

A agua quente age como descongestionante num estado morbido em que a congestão é no inicio o elemento essencial; é assim que obtem-se excellentes resultados quando, em logar dos dois litros classicos commummente usados, empregamos grandes lavagens com 10 a 15 litros d'agua fervida e bem quente.

Sob a influencia dos banhos vaginaes combinados com lavamentos quentes, consegue-se muitas vezes diminuir as perdas e attenuar as dôres.

Deve-se ao mesmo tempo procurar a descongestão dos orgãos pelvicos, impedindo a constipação tão vulgar nessas doentes.

A cascara sagrada, prescrita sob a fórma de pilu-

las, é um dos melhores laxativos habituaes, porque póde ser usada por muito tempo sem inconveniente.

Como agentes descongestionantes locaes, dois meios se nos apresentam: a glicerina e a massagem uterina.

A glicerina, applicada ou em tampões ou solidificada sob a fórma de ovulos, aos quaes pode-se incorporar medicamentos sedativos, produz, de modo inconstante, bons resultados. A massagem uterina é um processo muito mais poderoso.

A electricidade pelo methodo Danion poderá prestar alguns serviços na sedação dos sintomas, é em todo caso um adjuvante digno de nota.

Seguindo a mesma ordem de ideas podemos recorrer com vantagem aos medicamentos vasculares; o mais bem supportado é o hidratis canadensis, administrado em extracto ou tintura, na dose de XXX a L gottas por dia.

Por estes diversos meios, luta-se, por vezes efficazmente, contra o elemento congestivo, consegue-se diminuir as perdas sanguineas, abreviar a duração das regras; porém pouco se adianta contra a susceptibilidade nervosa, que em algumas occasiões é o sintoma predominante.

E' então que a hidrotherapia, os anti-spasmodicos e os sedativos uterinos são indicados.

Bastante rapidamente, pelo emprego simultaneo e

alternado dos grandes banhos alcalinos quentes e das duchas frias de jacto quebrado, chega-se a abrandar o erethismo doloroso: precreve-se um grande banho alcalino de dous em dous dias e uma ducha fria de 2 a 3 minutos nos dias intermediarios.

Os melhores medicamentos uterinos são o viburnum prunifolium e a piscidia erithrina.

> **Tintura de viburnum prunifolium } á á**
> **Tintura de piscidia erithrina.... } 15 grams.**
>
> **Para usar 20 gottas num pouco d'agua duas vezes por dia.**

Estas gottas têm por fim calmar as colicas uterinas.

Para combatermos as tendencias diathesicas das doentes, devemos fixar um regimen sobrio e dar alcalinos sob a forma de bicarbonato de sodio ou ioduretos: 50 centigrammas de iodureto de sodio por dia.

Dever-se-á igualmente indicar quando ha ptoses das visceras abdominaes, o uso de uma cinta abdominal ou mais simplesmente de uma atadura larga de crepe de Velpeau.

Assim procedendo empregar-se-á a melhor therapeutica, sintomatica e pathogenica.

Não é raro, nos casos frustos, pouco accentuados, limitar-se a isto a acção do medico; algumas vezes, porém, depois de melhoras de curta duração, as dôres

voltam e as hemorragias continuam pondo em perigo a vida das doentes: deve então intervir a acção cirurgica.

Qualquer intervenção unicamente sobre a mucosa é inutil em taes casos.

Devemos recorrer a processos operatorios tendentes á atrofia do utero, attentada ao mesmo tempo a frequente coincidencia da esclerose com os ovarios esclerokisticos, factores de primeira ordem na genese dos fenomenos dolorosos.

Examinemos alguns casos em que, depois do tratamento medico palliativo, o cirurgião é chamado a agir.

Eis uma pseudo-metrite virginal caracterisada por perdas brancas, regras abundantes e fortes dôres. Em tal caso devemos tentar lutar ao mesmo tempo contra a tendencia congestiva, revelada pelas hemorragias, contra a hiperplasia da mucosa, revelada pelas perdas, contra a esclerose ovarica, provavelmente traduzida pelo sindroma—dôr.

A idade da doente impõe, além disto, intervenções as mais conservadoras possiveis.

Para que nos limitemos á esfera das operações conservadoras, é difficil nos retringirmos a uma só via, abdominal ou vaginal.

Duas são as intervenções necessarias: sobre o cólo com o fim atrofiante, sobre os ovarios, porque regem

até certo ponto, a vasculariҫão uterina e são causa das dôres.

Deverá, pois, ser uma acção combinada. No primeiro tempo far-se-á uma laparotomia que permittirá examinar os ovarios, cauterisal-os ou mesmo ressecal-os parcialmente quando kisticos. e verificar a situação do utero, corrigindo-a por uma histeropexia ou por um encurtamento intra-peritoneal dos ligamentos redondos, se esta fôr retroversão, como geralmente acontece.

No segundo tempo, praticar-se-á por via vaginal, respeitando o quanto possivel a himen, uma exploração completa da cavidade uterina depois da dilatação, terminando por excisar a mucosa cervical, cuja hiperplasia é a causa das perdas brancas.

Esta conduta racional, attenuando, na medida do possivel e sem mutilação, todas as perturbações constatadas, poderá ser recompensada pela cura completa.

Algumas vezes a ablação dos ovarios esclerokisticos é impotente para calmar as dores, permanecendo o utero volumoso e doloroso; torna-se necessario recorrer á histerectomia secundaria.

Quando a ignipuntura dos ovarios, as operações orthopedicas do utero e as amputações do cólo não dão resultado, parece-nos preferivel sacrificar todo o apparelho genital a praticar uma ovariotomia de beneficios duvidosos.

Além disto, devemos ver que não ha vantagem alguma em conservar um orgão inutil, tal como se torna o utero após a extração dos annexos.

Em face, portanto, das pseudo-metrites das virgens a nossa conduta deverá ser a seguinte:

No inicio, tratamento medico prolongado, falho este, operações plasticas e orthopedicas sobre os ovarios, utero e cólo e finalmente, em ultimo recurso, a histerectomia com ablação dos annexos.

No tratamento das pseudo-metrites dolorosas, daquellas em que, como dissemos, domina a esclerose dos ovarios, os principios precedentes são perfeitamente applicaveis.

Merece, porém, notar a insufficiencia frequente das cauterisações e resseções ovaricas nesses casos, donde o preceito de—quando uma mulher aproxima-se da menopausa e já vae, portanto, em fim de sua actividade geradora,—ser sempre preferivel praticar immediatamente a histerectomia, que seguramente trará a cura, livrando-a da esclerose hipertrofica que mais tarde viria reclamar essa intervenção.

As pseudo-metrites hemorragicas exigem, por vezes, uma acção therapeutica urgente e energica: as mulheres d'ella attingidas, quási sempre, quando procuram o cirurgião, apresentam-se exangues e a histerectomia, de algum modo, se impõe.

Nem sempre, porém, isto se dá, o estado das doentes permitte contemporisar e o dever do cirurgião, nestas condições, é ser o quanto possivel conservador.

Considerada a pseudo-metrite hemorragica como perturbação trofica do utero com hiperplasia vascular, deve-se procurar diminuir o affluxo sanguineo no utero, ao mesmo tempo facilitando-lhe a atrofia.

Lançada á margem, na realisação deste desideratum, a ovariotomia, cujos resultados são incertos e não correspondem ao plano conservador, recorre o cirurgião á amputação super-vaginal do cólo, de effeito atrofico poderoso, e á ligadura das uterinas, que constitue efficaz meio de diminuir a hiperhemia.

A amputação super-vaginal do cólo combinada á ligadura das uterinas é um methodo racional, e facilmente realisavel, porquanto exige uma só intervenção, praticavel pela mesma via—a vaginal.

Os resultados ultimamente obtidos pela ligadura da arteria uterina no tratamento dos fibromas, autorisam empregal-a nas hemorragias da esclerose uterina.

Uma outra categoria de doentes merece tambem nossa attenção; apresentam taes mulheres regras abundantes, não ha hemorragia, porém existem perdas brancas abundantes; o utero aumentado, sensivel, retrovertido, é causa de soffrimentos constantes, é finalmente séde de uma pseudo-metrite parenquimatosa.

A curetagem é prejudicial, as operações de Simon, Schrœder, actuando sobre a porção vaginal do cólo, são insufficientes.

A conduta do cirurgião nesses casos inspirar-se-á no tratamento, por assim dizer, classico, empregado numa ordem de doentes de parentesco morbido muito proximo, nas mulheres de utero em prolapso com hipertrofia super-vaginal do cólo — a amputação super-vaginal, cuja influencia atrofica é bem conhecida, collocando ao mesmo tempo o utero em posição normal por meio da autoplastia dos elementos suspensores.

Emquanto que para o prolapso combina-se a amputação do cólo á colpoperineorrafia, nos casos de que nos occupamos deve-se associar a vaginofixação á uma identica amputação.

O endireitamento do utero fará cessar os soffrimentos devidos á retroversão, attenuará a tendencia congestiva, emquanto que a operação sobre o cólo diminuirá as perdas brancas, funcção do catarro glandular, ao mesmo tempo atrofiando o corpo uterino.

E' esta intervenção a mais pathogenicamente racional e a sua execução, por via vaginal, não obstará a acção sobre os ovarios pela brecha do *cul-de-sac* anterior, uma vez supposta a existencia de kistos.

A amputação super-vaginal e a vaginofixação são

impotentes nos gráos mais elevados da esclerose, no utero parenquimatoso hipertrofico, no utero gigante.

A noção já adquirida de que taes uteros procedem de perturbações troficas e evolutivas, a analogia delles com o fibroma, imposta ao espirito pela observação, indicam o emprego no tratamento do gigantismo uterino da operação de Battey.

Uma observação que citamos de Palaillon em que a ovariotomia bi-lateral foi seguida de pleno exito, nos mostra que a ella podemos recorrer.

Entretanto quando os ovarios, como o utero, são attingidos em alto gráo de esclerose, facto aliás frequente e inhibitivo da actividade funccional desses orgãos, não tem mais explicação a sua ablação, attentada a nullidade de sua influencia sobre o utero.

Sendo muito difficil, senão mesmo impossivel, fixar com segurança a maior ou menor integridade dos ovarios e, por consequencia, prevêr a influencia de uma ovariotomia, achamos sempre, em semelhantes casos, preferivel praticar a histerectomia vaginal immediata á uma castração bi-lateral.

A histerectomia vaginal é, com effeito, menos grave que a ovariotomia e tem a vantagem de trazer uma cura certa.

Uma outra consideração nos guia na escolha: as mais das vezes os uteros esclerosos guardam em suas

paredes o germen de um fibroma que poderá mais tarde desenvolver-se, e além disto, a esclerose uterina é o terreno de escolha para o desenvolvimento do cancro.

Não ha, pois, razão de demorarmo-nos na pratica de uma ovariotomia, operação igualmente mutiladora sob o ponto de vista da reproducção, operação grave e que deixa subsistir um utero com tendencias morbidas perigosas.

Em presença de um utero gigante só ha um caminho a tomar: fazer a histerectomia vaginal.

Por aqui nos cerrariamos, dando por terminado o estudo das indicações operatorias nas differentes variedades da esclerose uterina, si, muitas vezes, esta esclerose não se combinasse á infecção creando formas mistas, cuja fisionomia clinica já, de espaço, esboçamos.

A estas formas pertencem alguns casos de metrite parenquimatosa com cólo volumoso e infectado, ou mesmo de utero gigante com endometrite.

Quando á esclerose vem se additar uma infecção, manifestam-se lesões peritoneaes e salpingicas, que faltam sempre que a esclerose é pura.

A conducta do cirurgião, quando com uma metrite verdadeira, sem infecção peri-uterina concomitante, coexiste uma tendencia á hipertrofia e á esclerose de

corpo uterino—é perfeitamente indicada e simples: deve procurar destruir o foco infectuoso, determinador da manifestação de predisposições morbidas naturaes da doente.

O bisturi ou o caustico de Filhos basta para destruir a mucosa cervical e, si a infecção estiver localisada ao cólo, o utero voltará ao seu estado normal, demonstrando claramente a origem reflexa de suas perturbações.

A maior parte dos casos em que a histerectomia se impõe, algum tempo depois d'uma castração bi-lateral, por salpingite purulenta, entra na classe dos uteros esclerosos infectados.

A salpingectomia, embora favoravel na infecção, deixa subsistir a tendencia á esclerose e taes uteros hipertrofiados, muito dolorosos, extrahidos tardiamente pela histerectomia secundaria, nos apparecem mais alterados pela esclerose que profundamente inficionados.

A cura rapida de uteros precedentemente infectados, pela salpingectomia demonstra que num utero normal a infecção estingue-se rapidamente quando supprime-se a lesão annexial que a entretem.

Porque não dar-se-á o mesmo em todos os casos, principalmente quando uma dilatação complementar largamente drenou o utero, quando a curetagem foi aseptica?

Quando a dôr, a hipertrofia uterina e as metrorragias, muitas vezes graves, persistem, deve-se, em semelhantes circumstancias, sempre desconfiar d'uma esclerose alliada á infecção.

Esta noção clinica leva o cirurgião, em presença das lesões annexiaes bi-lateraes, a fazer de preferencia, quando possivel, a histerectomia vaginal.

E é esta a tendencia actual, nascida da observação.

Resumindo, eis as conclusões therapeuticas a que chegamos:

Todos os processos therapeuticos baseados na noção de infecção intra-uterina e no tratamento antiseptico connexo e, em primeiro logar, a curetagem, são absolutamente impotentes contra todas as formas de esclerose uterina, quaesquer que sejam, desde as mais accentuadas até as mais attenuadas.

Ao contrario, as operações atrofiantes, quer do cólo, quer dos annexos, são susceptiveis de fazer retroceder lesões, mesmo extensas e confirmadas da esclerose.

E' a prova que a esclerose uterina é uma perturbação trofica.

Si algumas vezes as operações atrofiantes são improficuas, é porque existem lesões já muito antigas ou associadas á infecção.

Uma operação radical então se impõe: a histerectomia vaginal com ablação dos annexos.

As considerações apresentadas sobre o tratamento da esclerose uterina, justificam o que, desde o inicio d'este despretencioso trabalho, tentamos estabelecer: a differença essencial entre a esclerose uterina de origem distrofica e as metrites verdadeiramente infectuosas.

As reacções differentes apresentadas pelas duas categorias de doentes, em face dos diversos modos de tratamento, parecem ser a prova experimental.

Subsidiariamente, devemos insistir num facto corroborador de nosso modo de vêr: é que, após as operações exigidas pela esclerose uterina, bastas vezes persiste o conjunto de perturbações nervosas ou diathesicas concomitantemente assinaladas.

Esse facto demonstra até á evidencia que essas perturbações não podem ser consideradas como fenomenos simpathicos ligados á alteração uterina, ao contrario, constituem o terreno pathologico que favoreceu a eclosão d'ella.

E aqui terminamos.

# OBSERVAÇÕES

## I

## PSEUDO-METRITE VIRGINAL

(DR. GUSTAVO RICHELOT)

C. B., 20 annos, sem profissão. Virgem.

E' uma moça nervosa, sem nenhum antecedente pathologico; ha dous mêses soffre de leucorréa e dôres no ventre. Menstruada desde a idade de 16 annos, suas regras sempre foram abundantes e dolorosas.

Todo o apparelho genital mostra-se normal, apenas existe leucorréa e grande sensibilidade ovarica.

Tendo as dôres resistido a todos os tratamentos, a 19 de fevereiro de 1891 pratíco uma curetagem, que nada me revelou de anormal na cavidade uterina.

As dôres persistem.

26 Março 91—Faço uma laparotomia exploradôra, encontrando o utero normal, peritoneo são, dous ovarios polikisticos.

Castração bilateral.

Após a operação não manifesta-se nenhum accidente; as dôres desapparecem quási completamente até o mês de Agosto de 91. Nesse momento reapparecem e accentuam-se progressivamente, a despeito do emprego dos medicamentos antinevralgicos.

14 Junho 92—Histerectomia vaginal rapidamente praticada, apezar da extrema estreitesa da vagina.

Cura completa.

II

## PSEUDO-METRITE DOLOROSA

(Dr. Schwartz)

T., 26 annos de idade, vendedeira de aves domesticas, regularmente menstruada aos 14 annos, suas regras são abundantes, durando na media oito dias.

Boa apparencia, queixando-se, porém, de dôres fugazes nas articulações, nevralgias, enxaqueca.

Além disto, desde a epoca em que foi regulada sente uma dôr na fossa illiaca esquerda, dôr que aumenta de intensidade no periodo catamenial.

O ponto doloroso é perfeitamente localisavel no ovario esquerdo.

Casou-se com a idade de 22 annos, tendo o primeiro filho um anno depois: gravidez, parto e post-partum normaes. O seu medico assistente esperava que o parto contribuisse para desapparição das dôres ovaricas; contrariamente á espectativa exasperaram-se

ao mesmo tempo que as regras tornaram-se mais abundantes.

2.º parto com 24 annos (1897).—Normal, havendo apenas no delivramento, hemorragia que cedeu ás injecções intra-uterinas quentes. Post-partum apiretico.

A dôr ovarica persiste e pela exploração reconhece-se estar localisada ao ovario esquerdo, um pouco volumoso e sensivel á palpação.

Assisto a esse parto.

3.º parto, 25 annos, Agosto 98—Assisto tambem a esse parto. Expulsão do feto facil. Hemorragia abundante. A inercia uterina me obriga a fazer o delivramento artificial.

Periodo seguinte ao parto perfeitamente apiretico.

A partir desse momento a dôr ovarica aumenta dia a dia; um outro medico chamado applica, porém, sem resultado, tampões, lapis-intra-uterinos, pontas de fogo.

Passados dous mêses de cuidados inuteis a doente de novo recorre a mim.

Pelo exame praticado apenas verifiquei excessiva sensibilidade no ovario esquerdo. Limitei o meu tratamento ao emprego de duchas vaginaes quentes, banhos alcalinos, duchas frias e cascara sagrada. No fim de um mês deste regimen a melhora foi consideravel. Foi então praticada por M.me Rosenthal, doutora em medicina, a massagem uterina cujo resultado foi maravilhoso.

Desapparecem as dôres ovaricas e seis mêses deste regimen puzeram a doente perfeitamente boa.

—E' esta observação um tipo de falsa metrite com ovaralgia.

Esta se exasperou pela intervenção intra-uterina praticada por occasião do parto, sem que possa ser incriminada a infecção, pois que a temperatura sempre foi normal e a resolução sem incidente e a tempo.

A influencia favoravel das duchas e banhos alcalinos, depois do insucesso do tratamento antiseptico, firmam o diagnostico.

III

PSEUDO-METRITE HEMORRAGICA

(Dr. Gustavo Richelot)

L..., 29 annos, florista.

Regulada aos 17 annos. Nervosa. Teve 3 filhos e dous abortos. Ha seis annos, depois do primeiro aborto, foi tratada d'uma metrite. Após o segundo aborto, teve nova metrite que, como a primeira, consistia principalmente metrorragias.

Soffreu, ha seis mêses, no *Hotel Dieu* uma curetagem.

Vindo a mim esta doente, verifiquei pelo exame um utero de corpo volumoso, retrovertido, cólo augmentado e entreaberto, annexos apparentemente sãos.

Em vista da inefficacia do tratamento medico, pratico a histerectomia vaginal a 5 de Novembro de 94:

o utero desce facilmente, graças ao esmagamento, é volumoso, sem fungosidades nem fibromas, acompanhado de ovarios esclero-kisticos.

Tratava-se, em summa, de uma esclerose uterina hemorragica.

Cura completa, diminuição do nervosismo.

## IV

## (RESUMIDA E EXTRAHIDA DA THESE SCHMID)

X. 41 annos.

Menstruada aos 11 annos e regularmente até seu casamento aos 19.

Dois partos normaes.

Febre tifica aos vinte e oito, seguida de metrorragias até aos 29.

Aos 30 annos parto normal, após o qual voltou a regularidade do fluxo catamenial.

Aos 35 annos novas metrorragias. Uma curetagem é praticada, porém após leve sedação, as metrorragias voltaram e obrigaram a doente a recolher-se ao hospital.

Pelo exame reconhece-se um utero volumoso, de 8 $^{cms}$, 5, cólo aumentado e duro.

Utero movel; annexos sãos.

*Diagnostico*—Utero fibromatoso.

18 Dezembro 94 — Dr. Pichevin pratica histerectomia vaginal.

*Exame da peça*—Utero volumoso, paredes triplicadas de espessura, mucosa normal e lisa.

*Exame histologico*—Vasos numerosos, attingidos de endo-peri-arterite, esclerose peri-vascular muito pronunciada.

## V

## PSEUDO-METRITE PARENQUIMATOSA

( Dr. Schwartz )

E., sem profissão, 38 annos de idade, está doente ha cerca de oito annos; ella liga suas perturbações a um parto, que, no entanto, deu-se normalmente e sem o menor accidente.

Ha muito tempo é mal regulada: no intervallo das regras apresenta perdas brancas.

Nesses ultimos annos tem queixado-se de dôres abdominaes; ha dous mêses tem hemorragias diarias.

A doente é nervosa: desde o inicio de sua molestia, conserva as extremidades frias, tem tido sincopes de meia hora de duração, com perda completa do conhecimento. Coração e rins normaes, ventre flascido, ha uma ptose intestinal muito accentuada, não ha ptose renal; o utero tem enorme tendencia ao prolapso, constata-se uma cistocele muito nitida.

O cólo uterino muito abaixado, é enorme, o corpo volumoso, sente-se no cul-de-sac posterior um tumor sobre cuja natureza hesita-se: fibroma ou corpo do utero em retroversão. O histerometro penetra até 10 centimetros.

Os annexos sãos, não aumentados de volume nem dolorosos á pressão.

*Diagnostico*—Metrite parenquimatosa ou fibroma.

27 Abril 99—Histerectomia vaginal. Utero em retroversão, com as paredes extremamente expessadas e duras, apresenta em sua cavidade uma massa preta, pediculada, de fórma bizarra.

18 de Maio—Estado excellente.

O exame histologico praticado no laboratorio do professor Cornil mostra que se trata de uma hiperplasia geral do tecido uterino, actuando sobre o musculo e sobre a mucosa, cujas glandulas são alongadas. Observa-se tambem esclerose peri-vascular.

O pequeno tumor pediculado intra-cavitario é um polipo glandular infiltrado de sangue.

VI

(Dr. G. Richelot)

P., 37 annos, engommadeira.

Menstruada aos 13 annos, regularmente.

Casou-se com 24 annos, teve dous filhos. Gravidez e partos normaes.

Sua molestia começou por uma forte hemorragia. Desde então, as regras tornaram-se mais abundantes, nos intervallos tem perdas brancas gelatinosas e dores abdominaes, que se irradiam para a região lombar e coxas.

Caimbras nas pernas.

*Exame*—Utero volumoso, movel. Annexos augmentados principalmente á direita.

3 de Novembro, 96—Histerectomia vaginal com ablação bi-lateral dos annexos.

Utero volumoso com paredes muito espessas. Enorme ovario polikistico á direita. Ovario esquerdo tambem polikistico, porém menor.

## VII

## PSEUDO-METRITE HIPERTROFICA. UTERO GIGANTE

(Dr. Polaillon)

Doente de 40 annos de idade, sem outros antecedentes que uma menstruação escassa e um pouco difficil, e um parto normal aos 23 annos.

Começou a soffrer aos 28 annos, regras excessivas, corrimento mucoso transparente e hipertrofia uterina regular.

Foi tratada por cauterisações, injecções, etc., sem resultado.

Pelo exame reconhece-se um corpo uterino enorme, muito regular. Cólo volumoso, duro, de cor violacea e sem ulcerações.

*Diagnostico*—Metrite parenquimatosa ou fibroma uterino.

Castração annexial dupla, após a qual o utero atrofia-se rapidamente.

Cura.

VIII

UTERO ESCLEROSO COM PROLAPSO

(Dr. G. Richelot)

M., 45 annos, chapeleira.

Muito bem regulada, sem passado uterino, uma gravidez ha 25 annos.

Ha seis annos o cólo uterino desce até a vulva, por occasião dos esforços e quando permanece de pé.

Utero muito volumoso.

16 de Junho, 96—Histerectomia vaginal, por esmagamento.

Enorme utero escleroso contendo um pequeno fibroma ao nivel do corno direito.

Ablação dos annexos direitos. Ligaduras multiplas. Colpoperineorrafia.

# PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de Sciencias Medico-Cirurgicas

# PROPOSIÇÕES

## QUIMICA MEDICA

I

As albuminas propriamente ditas são as partes constitutivas mais interessantes de todos os sêres organisados, tanto vegetaes como animaes.

II

Ellas formam a parte principal do protoplasma cellular, séde da vida.

III

Existem numerosas variedades de albuminas, parecendo residir a differenciação d'ellas no maior ou menor gráo de hidratação.

## HISTORIA NATURAL MEDICA

I

A theoria da evolução e transformação das especies foi formulada, pela primeira vez, por Lamark.

II

Coube, porém, a Darwin a gloria de tel-a firmado sobre nova base, *a selecção natural*, que dá as verdadeiras causas efficientes das modificações e transformações das fórmas organicas através dos tempos.

III

A hipothese darwiniana tem por fundamento tres factos principaes: a herança, a faculdade de adaptação e a luta pela existencia.

## MATERIA MEDICA, FARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

O laudano de Sydenhan é uma das melhores preparações do opio e talvez a mais empregada.

II

Uma gramma desse laudano corresponde a um pouco mais de 10 miligms. de morfina.

III

No conta-gottas officinal o laudano de Sydenhan dá 30 gottas para uma gramma.

## ANATOMIA DESCRITIVA

I

A bacia é uma vasta cavidade formada pelos ossos illiacos, reunidos adeante ao nivel da sinfise do pubis e fortemente collados atrás ao sacro.

II

Relativamente ao eixo do corpo apresenta ella uma inclinação variavel com a idade.

III

A bacia da mulher distingue-se da do homem pela predominancia de seus diametros horisontaes.

## ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

Perineo é o conjunto das partes molles que fecha, em baixo, a cavidade pelvianna—é o assoalho da bacia.

II

E' constituido por diversos planos superpostos de musculos e aponevroses, atravessados no homem pelo recto e urethra e na mulher por esses orgãos, mais o utero e a vagina.

III

As vias genito-urinarias fazem, portanto, parte integrante do perineo numa porção de seu trajecto.

## HISTOLOGIA

I

O utero compõe-se de tres tunicas: serosa, muscular e mucosa.

II

A tunica muscular apresenta estructura variavel conforme o estado de plenitude ou vacuidade gravidica do utero.

III

A membrana mucosa do utero é a mais espessa da economia e sua estructura é differente, conforme as epocas em que a estudamos. (Repouso, menstruação e gravidez.)

## FISIOLOGIA

I

A hematose, fenomeno fundamental da respiração, consiste essencialmente na absorpção de O e exhalação de $CO^2$.

II

A suspensão deste duplo movimento ou de um dos seus termos produz o que se denomina asfixia.

III

As desordens causadas pela absorpção de gazes deletereos e pelo envenenamento dos vapores anes-

thesicos, embora muito aproximadas dos accidentes asfixiaes, não são iguaes.

## ANATOMIA E FISIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

Hiperplasias são alterações oriundas de uma actividade nutritiva exagerada ou desregrada.

II

Têm por caracter principal a formação de elementos histologicos novos, cuja origem segue as mesmas leis da genese e desenvolvimento dos tecidos organicos.

III

Estas alterações constituem o grupo mais importante das desordens nutritivas.

## BACTERIOLOGIA

I

Fóra da puerperalidade o gonococo de Neisser parece ser o unico micro-organismo capaz de infectar um utero são.

II

Esta infecção, pura no inicio, favorece a penetração e desenvolvimento de microbios diversos, notavelmente saprofitos.

III

Estes podem persistir no utero após o desapparecimento do gonococo.

## OBSTETRICIA

I

O parto é uma funcção reflexa, cujo centro demora na medulla lombar.

II

Parece existir para o parto, como para a erecção no homem, um centro cerebral, influindo sobre o lombar.

III

Além disto, o utero possue centros parenquimatosos e ganglios auto-motores.

## PATHOLOGIA CIRURGICA

I

A elefantiasis dos arabes é produzida pela *filaria sanguinis hominis* e propagada pelo *culex ciliars.*

II

E' caracterisada pela hiperplasia da pelle e do tecido cellular sub-cutaneo.

III

Observada em geral no membro inferior, ataca algumas vezes o escroto, a verga e a vulva da mulher.

## PATHOLOGIA MEDICA

I

A dispepsia, difficuldade da digestão, é um sintoma commum á uma multidão de molestias agudas e cronicas.

II

Embora em muitos casos sua accentuação seja de molde a simular uma especie pathologica, fica sempre subordinada a estados morbidos diversos.

III

Não ha, pois, dispepsia essencial.

## OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

A ovariotomia normal ou ooforectomia é a operação que consiste na ablação de um ou dos dois ovarios.

II

Póde ser praticada por via vaginal (operação de Battey) ou abdominal. (operação de Hegar).

III

A operação de Battey, geralmente adoptada na Inglaterra e na America, é menos grave que a de Hegar.

## THERAPEUTICA

I

A applicação da adrenalina por meio de tampões ou injecções intersticiaes permitte, nos casos de cancro inoperavel do cólo uterino, curetar sem hemorragia.

II

O uso durante vinte quatro horas de tampões imbibidos de uma solução a $^1/_{3000}$ faz desapparecer o prurido vulvovaginal, rebelde aos demais medicamentos.

III

Cramer lembra seu emprego nas hemorragias post-partum.

## HIGIENE

I

O uso de uma agua pura e abundante é indispensavel á saude publica.

II

A agua muito deve interessar a higiene, porquanto é ella o vehiculo de muitas molestias infectuosas.

III

Uma só analise não basta para que o higienista firme seu criterio sobre uma agua.

## MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGICA

I

No reconhecimento de identidade os pellos representam um dos factores mais importantes.

II

Ao microscopio distingue-se perfeitamente a natureza d'elles.

III

Ha uma grande differença entre os pellos da cabeça e os das outras partes do corpo.

## CLINICA PROPEDEUTICA

I

Os sopros percebidos na região do precordio, quando não ligados á uma lesão orificial ou valvular, denominam-se anorganicos.

II

Elles não occupam toda a fase da revolução cardiaca, como o fazem os organicos.

III

Muito raramente são diastolicos.

CLINICA CIRURGICA (1.ª cadeira)

I

As vegetações da vulva devem ser destruidas em sua base de implantação, attentada a grande facilidade que têm de se reproduzir.

II

Quando são volumosas e extensas, a ablação deve ser praticada com a cureta cortante e a superficie sangrenta tocada pelo thermocauterio.

III

Só devem ser tratados durante a gravidez, quando determinam fenomenos geraes ou dolorosos, ou ainda obstaculo ao parto.

CLINICA CIRURGICA (2.ª cadeira)

I

Uma contusão do thorax apresenta-se em condições bem differentes, conforme interessa sómente á parede thoraxica ou ao mesmo tempo ás visceras, principalmente o pulmão.

II

No primeiro caso o doente queixa-se d'uma dor diffusa e difficuldade maior ou menor de respiração.

III

No segundo o ferido apresenta grande prostração, respiração anciosa, os escarros são sanguineos e algumas vezes existe enfisema na raiz do pescoço.

## CLINICA MEDICA (1.ª cadeira)

I

A grippe é uma affecção essencialmente epidemica, contagiosa e microbiana, e interessa principalmente o apparelho respiratorio.

II

Apresenta, porém, uma multidão de localisações e sintomas de caracteres e intensidade variaveis com as epidemias.

III

De incubação oscillante entre horas a um dia, sua gravidade é maior nos climas frios.

## CLINICA MEDICA (2.ª cadeira)

I

As diversas opiniões sobre o mecanismo da pro-

ducção das perturbações cardiacas das affecções hepaticas, podem se resumir em duas principaes:

II

1.ª As perturbações são produzidas por uma paresia dos musculos papillares. (Gangolphe).

III

2.ª São produzidas pelo aumento de resistencia anterior do coração direito. (Stokes et Potain).

## CLINICA PEDIATRICA

I

O desenvolvimento dos centros nervosos inferiores antes dos superiores propicia nas crianças o surgimento das convulsões.

II

Os traumatismos obstetricos cerebraes são quasi sempre a causa das convulsões dos recem-nascidos.

III

Os estados febris, meningite, irritação reflexa, etc., eis as multiplas causas de seu apparecimento mais tarde.

## CLINICA OBSTETRICA E GINECOLOGICA

I

A esclerose uterina das arthriticas confina com a fibromatose do utero e coincide, ás mais das vezes, com a degenerescencia esclerokistica dos ovarios, com a retroversão e o prolapso uterino.

II

Estas diversas affecções parecem resultar d'uma mesma distrofia geral, que se manifesta por estigmas outros do arthritismo e ataca o apparelho genital da mulher, principalmente na epoca da nubilidade e da menopausa.

III

O tratamento reclamado pelas multiplas manifestações da esclerose uterina arthritica differe do empregado nas metrites infectuosas.

## CLINICA OFTALMOLOGICA

I

A etiologia da oftalmia blennorragica dos recem-nascidos é de uma perfeita precisão depois das experiencias de Piringer e da descoberta do gonococo de Neisser.

II

E' ao desenvolvimento deste microorganismo que é devida a inflammação da mucosa e é pelo contacto directo da conjuntiva com os liquidos vulvo-vaginaes que a transmissão da infecção se dá.

III

Essa infecção existe, portanto, desde o momento em que a cabeça da criança atravessa a vulva.

## CLINICA SIFILIGRAFICA E DERMATOLOGICA

I

Innumeras observações attestam a efficacia dos preparados mercuriaes no tratamento da sifilis.

II

A medicação mercurial, embora não impeça as recidivas, torna-as mais espaçadas.

III

Os casos mortaes de sifilis observam-se mais commumente nos individuos não tratados ou tratados inconvenientemente.

## CLINICA PSIQUIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

### I

Na gravidez a loucura ordinariamente manifesta-se sob a forma melancolica.

### II

E' geralmente de curta duração e prognostico favoravel a alienação mental quando se declara nos primeiros mêses da gravidez.

### III

O mesmo não se dá quando surge nas proximidades do termo da gestação.

## INDICULO BIBLIOGRAFICO

*Aran*—Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris 1858.

*Bouchet* (Du)—Recherches bacteriologiques sur quelques cas d'infection utérine.

*Bouilly*—Manuel de pathologie externe. t. IV, Paris 1887.

*Bouton*— De la métrite des vierges. Thèse—Paris 1887.

*Coe*—Uterine hemorrage of obscure origine—Med. Record. 1891 and 1894.

*Collinet*—Thèse, Paris, 1887.

*Cornil*—Anat. path. des metrites. Paris, 1889.

*Courty*—Traité pratique des mal. de l'uterus. 1872.

*Cazalis*—Contribuition à la pathogenie de l'arthritisme. Paris, 1895.

*Dalché*—Métrite interne chez une vierge—Gazette med. de Paris, 1885.

*Delbet*—Art. Métrites, in Traité de chirurgie Duplay et Reclus, t. VIII. Paris, 1892.

*Doléris*—Métrites et fausses métrites. Paris 1902.

*Dupuy*—Des métrorragies essentielles ou idiopathiques—Thèse. Paris, 1892.

*Hallé*—Recherches sur la bacteriologie du canal génital de la femme. Thèse. Paris, 1898.

*Gallard*—Leçons cliniques sur les maladies des femmes. Paris, 1879.

*Guérin*—Leçons cliniques sur les maladies des organes genitaux internes de la femme—Paris, 1878.

*Martin*—Traité clinique des maladies des femmes —Paris, 1898.

*Monod*—Des hémorragies utérines chez les femmes agées. Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux.

*Murphey*—Curetting for the cure of endometritis and continued hemorrh.

*Peraire*—Des endométrites infectieuses—Thèse. Paris, 1889.

*Pichévin* et *Petit*—Métrorragies et lésions vasculaires de l'utérus. Gaz. méd. de Paris, 1895.

*Polaillon*—Gigantisme utérin. Union médicale—1887.

*Pozzi*—Traité de gynecologie. Paris 1889.

*Richelot*—Chirurgie de l'uterus.

*Scanzoni*—Métrite chronique. Paris 1864.

*Schmid*—Métrorragies et métrite hemorragique. Thèse. Paris, 1896.

*Schrœder*—Maladies des organes genitaux.

*Widal*—Thèse. Paris, 1889.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 31 de Outubro de 1903.

O Secretario

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.